



Mastergradsoppgave i psykisk helsearbeid våren 2015

«Kognitiv atferdsterapi ved psykoser og behandling i
allmenpsykiatrisk døgnpost»

Marit Skreosen Fuglset og Zeljka Cvetkovic

Veileder

Erna Ulland

Masteroppgaven er gjennomført som ledd i utdanningen ved Universitetet i Agder og er godkjent som del av denne utdanningen. Denne godkjenningen innebærer ikke at universitetet inntår for de metoder som er anvendt og de konklusjoner som er trukket.

Universitetet i Agder, 2015

Fakultet for helse- og idrettsfag

Institutt for psykososial helse

Forord

Det er med lettelse og skrekkblandet fryd vi nå er kommet til veis ende med masteroppgaven vår. De siste to årene har vi gått en spennende, krevende og givende vei, med svingninger fra entusiasme til frustrasjon, fra manglende mestringsfølelse til kreative prosesser, og ikke minst en del prestasjonsangst! Det har vært en styrke å være to som skriver sammen, og vi kan nok si at vi har utfylt hverandre på en god måte. Vi har kunnet støtte oss til hverandre i opp- og nedturer, heldigvis har gjerne den ene vært oppe mens den andre har vært nede – og motsatt! Lange faglige diskusjoner og små lufteturer – og god mat innimellom - har gjort oss sterke sammen.

Samtidig som vi har skrevet oppgaven har vi jobbet turnus, og hardkjøret har til tider vært svært merkbart. Vi har også familier, som mødre, og en av oss også som bestemor. Takk til alle som har holdt ut med oss disse to årene! Nå får vi mer tid til dere igjen! Og takk til veileder Erna for tro på prosjektet og veiledning tuftet på lang erfaring og en støttende, positiv holdning til oss og vår reise gjennom ukjent landskap. Takk til Lydia, vår entusiastiske sjef, for din tillit til oss! Takk også til kolleger, spesielt Kim, som har støttet oss og kommet med kreative og faglige innspill! Det har vært krevende å være på jobb med hodet fullt av tanker rundt masteren, men hverdagslivet på posten, humor og oppmerksomme kolleger, har også gitt oss motivasjon underveis!

Og ikke minst; takk til våre informanter som stilte opp for oss og delte deres erfaring og kunnskap med oss. Vi skulle gjerne kommet tilbake og lært enda mer av dere!

Nå skal vi tilbake til normaltiværelsen og et vanlig hverdagsliv som mødre, bestemor, døtre, søstre, ektefeller, venninner og kolleger. Forhåpentligvis litt klokere, mer bevisste på «hvor mye vi må vite for å vite hvor lite vi vet», og forhåpentligvis med mer kunnskap til nytte for våre pasienter.

Some make things happen

Some notice things happen

Others wonder what will happen

Irene Oestrich (Oestrich, Holm, & Austin, 2006, p. 22)

Innholdsfortegnelse

1	INTRODUKSJON	1
1.1	Bakgrunn, hensikt og problemstilling	1
1.2	Studiens avgrensning og begrepsavklaring	3
1.3	Oppgavens videre oppbygging	4
2	TEORETISK BAKTEPPE	5
2.1	Tidligere forskning	5
2.2	Teoretisk rammeverk	10
3	METODE.....	13
3.1	Forskningsdesign	13
3.2	Innsamling av datamateriale og utvalg	14
3.3	Gjennomføring av intervju	14
3.4	Etiske overveielser og forforståelse	15
3.5	Forskerrollen	16
3.6	Analyse	16
3.7	Styrker og svakheter.....	17
4	FUNN	18
4.1	Døgnposter jobber etter en pragmatisk stil, KATp gir meningsfull struktur i felles forståelsesgrunnlag	18
4.1.1	Terapeutisk allianse forstått gjennom KATp	20
4.1.2	Møte pasienten der han er.....	21
4.1.3	Strukturens betydning for individuelt tilpasset KATp	22
4.1.4	Normalisering og avstigmatisering gir håp.....	25
4.2	Oppbygging av behandlingstilbudet skjer gradvis, gjennom liming av kunnskap.....	27
4.2.1	Alle må ha grunnkompetanse i KATp, spesifikke teknikker læres ved erfaring	27
4.2.2	Kasusformulering - samarbeidshypotese og kvalitetssikring for pasienten.....	31
5	DRØFTING.....	33
5.1	Kognitiv atferdsterapi som felles forståelsesgrunnlag i døgnpost.....	33
5.2	Oppbygging av behandlingstilbudet skjer gradvis, gjennom liming av kunnskap.....	37
6	KONKLUSJON	40

SAMMENDRAG

Helsedirektoratet kom i 2013 ut med retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av pasienter med psykoselidelser. Der anbefales det at kognitiv atferdsterapi bør tilbys til alle pasienter med psykosesymptomer og at den kan benyttes i alle behandlingsfaser. Hensikten med vår studie er å tilegne oss kunnskap om hvordan kognitiv atferdsterapi kan benyttes ved allmenpsykiatriske døgnavdelinger.

Problemstilling for vår studie er: *Hvordan benytte den kognitive atferdsterapiens prinsipper og potensiale i etableringen av behandlingsopplegg for mennesker med psykoselidelser i allmenpsykiatrisk døgnpost?*

Det er en kvalitativ hermeneutisk studie basert på datamaterialet fra fem semistrukturerte intervjuer med eksperter i kognitiv atferdsterapi. Anvendt metode for analyse er Malteruds systematiske tekstkondensering, inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse.

Funn: *«Døgnposter jobber etter en pragmatisk stil, kognitiv atferdsterapi ved psykoser gir meningsfull struktur i felles forståelsesgrunnlag»* og *«Oppbygging av behandlingstilbudet skjer gradvis, gjennom liming av kunnskap»*.

Konklusjon: Kognitiv atferdsterapi sin teoretiske forankring har potensiale til å være en brobygger mellom den naturvitenskapelig baserte praksisen som fortsatt er rådende innen spesialisthelsetjeneste og den kontekstuelle praksisen med brukermedvirkning i fokus, som er rådende innen psykisk helsearbeid. Som en felles teoretisk overbygning i posten vil den kunne styrke det tverrfaglige samarbeidet, med mål om mer helhetlig tilbud for pasientene. Strukturen i kognitiv atferdsterapi ved psykoser med normalisering og psykoedukasjon kan bidra til at miljøterapien oppleves meningsfull og målrettet. Tilbudet i posten kan utvikles gradvis gjennom erfaring, så lenge man holder fokus på «kognitiv måte å tenke på».

Nøkkelord: kognitiv atferdsterapi, psykoser, psykosesymptomer, kognitiv miljøterapi, døgnpost

ABSTRACT

In 2013, Directorate of Health published guidelines for assessment, treatment and monitoring of patients with psychotic disorders, with recommendations that cognitive behavioral therapy should be offered to all patients with psychosis symptoms as well as to be used in all treatment phases. The purpose of our study is to gain knowledge about how cognitive behavioral therapy can be used in public psychiatric inpatient wards.

The issue of our study is: *How to use the principles and potential of cognitive behavioral therapy in the establishment of treatment programs for people with psychotic disorders in general psychiatric inpatient wards?*

This is a qualitative hermeneutical study based on data from five semi-structured interviews with experts in cognitive behavioral therapy. Applied method of analysis is Malteruds systematic text condensation, inspired by Giorgis phenomenological analysis.

Findings: *"Inpatient wards work according to a pragmatic style; cognitive behavioral therapy in psychosis provides meaningful structure in common understanding" and "Structure of the treatment is gradual, through bonding of knowledge."*

Conclusion: Cognitive behavioral therapy's theoretical framework has the potential to be a bridge between the scientific-based practices that are still prevalent within specialist health care and the contextual practice of user involvement in focus, which is prevalent in mental health work. As a common theoretical superstructure in the ward it will be able to strengthen the interdisciplinary cooperation, with the goal of more comprehensive services for patients. The structure of cognitive behavioral therapy of psychosis by normalization and psychoeducation, may contribute to the experience of milieu therapy as meaningful and targeted. The service provided through the inpatient wards may be developed gradually through experience, as long as "a cognitive way of thinking" remains in focus.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, psychosis, psychotic symptoms, cognitive milieu therapy, inpatient ward.

1 INTRODUKSJON

1.1 Bakgrunn, hensikt og problemstilling

Bakgrunn. Psykisk helsearbeid er et felt i stadig utvikling. Alle mulige typer tiltak som kan bidra til å bedre menneskers psykiske helse kommer under dette samlebegrepet (Bøe & Thomassen, 2009). Hverken definisjon av begrepet eller innhold i faget er entydig, det refereres heller til et mangfold i perspektiver og faglige praksiser som skjer på mange ulike arenaer. Hvis vi tar utgangspunkt i at psykisk helsearbeid er et paraplybegrep for et flervitenskapelig og tverrfaglig felt innen forskning, utdanning og praksis, så betyr dette at begrepet kan utvides til å innbefatte stadig flere evidensbaserte praksismetoder. Innenfor psykisk helsearbeid ser man på begrepet evidensbasert kunnskap med utvidet forståelse. Dette i tråd med den overordnede humanistiske fordringen som innebærer at det kontekstuelle og innenfrakunnskapen har en sentral plass (Bøe & Thomassen, 2009).

Mennesker med psykoselidelser er på grunn av lidelsens kompleksitet ofte svært sårbare og i behov av sammensatt og langvarig hjelp. Mange av dem vil kanskje trenge innleggelse flere ganger i sitt liv. Samtidig tilsier nyere forskning at man ikke lenger bør betrakte schizofreni og andre psykoselidelser som kroniske lidelser. Denne viktige endringen i synet på psykoselidelser har ført til økt håp for bedring, men også til økt behov for revurdering og utvidelse av behandlingstilnæringer og tjenester på alle nivåer innenfor psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2013).

Vårt utgangspunkt er at kognitiv atferdsterapi ved psykoser (KATp) er en evidensbasert praksisform som kan være et vesentlig bidrag til kvaliteten og innholdet i psykisk helsearbeid på flere forskjellige behandlingsarenaer. Vi mener dette fordi KATp sine spesifikke teknikker og metoder er tuftet på en teoretisk forankring hvor noen av de sentrale begrepene er sammenfallende med verdier som også er rådende i psykisk helsearbeid. Det kan nok sies at det finnes flere psykologiske tilnæringer som baseres på lignende hovedprinsipper. Vi er interessert i KATp ettersom den i særlig grad også legger vekt på struktur og forutsigbarhet, fenomener som anses som viktige faktorer i bedringsprosessen (recovery) for pasienter med psykoselidelser.

Vi er to sykepleiere som arbeider ved et Distriktpsikiatrisk senter (DPS), en allmenpsykiatrisk døgnpost. I følge retningslinjene for vår seksjon skal posten nå ha fokus på psykoser. Vår interesse for tema vi har valgt til masteroppgaven er således nøye knyttet til vårt daglige arbeide, og vi er interessert i hvordan vi på best mulig måte kan være til hjelp for pasienter med psykoselidelser. Vi erfarer at det ofte er forskjellige former for og graden av angst og depresjon som utgjør mesteparten av årsakene til opplevelse av nedsatt funksjonsevne og dårlig livskvalitet, uavhengig av diagnose. Idet KATp fokuserer på ubehaget psykotiske symptomer skaper, og ubehag er ofte knyttet til angst og nedstemthet, ser vi

at KATp låner en del av det teoretiske rasjonalet som brukes i kognitiv atferdsterapi (KAT) for både angst og depresjon (Chadwick, 2009). Når vi tar utgangspunkt i at en stor del av pasientene i posten sliter med psykose, så lurer vi på om ikke bruk av KATp gir tilgang til både spesifikk behandling for psykosepasienter og et allment brukbart teoretisk rasjonale som kan være til nytte for hele pasientgruppen.

Hensikt. Helsedirektoratet kom i 2013 med nye Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. Der står det en klar anbefaling om at KATp bør tilbys i individuelle forløp med minst 15-20 samtaler til alle pasienter som plages med psykosesymptomer. Tilbudet bør tilpasses individuelt i kombinasjon med andre evidensbaserte behandlingsformer som legemiddelbehandling og psykoedukativt familiesamarbeid. Det står videre at KATp kan benyttes i alle behandlingsfaser (Helsedirektoratet, 2013). Etter vår forståelse betyr dette at KATp er en egnet behandlingstilnærming å bruke på døgnpostene. Likevel ser det ut til at dette tilbudet ved psykiatriske klinikker i Norge fortsatt er begrenset og gis hovedsakelig i poliklinisk behandlingssammenheng.

Hensikten med vår studie er å tilegne oss kunnskap om hvordan KATp kan benyttes som en likeverdig del av behandlingstilbudet ved allmenpsykiatriske døgnposter. Spørsmålene som dukker opp ved vår refleksjon omkring dette tema er for eksempel: I hvilken grad kan dette tilbudet standardiseres gjennom manualer for metodebruk, miljøterapeutiske tiltak, gruppeterapi tilbud og lignende? Hva er det viktig å legge vekt på, og hvilke utfordringer vil man møte? Kan man bruke KATp aktivt i samhandlingsprosessen for å forebygge tilbakefall? Målet vil være å optimalisere pasientens sjanser for bedring ved å bruke anbefalte kombinasjoner av evidensbaserte praksisformer, ikke bare i poliklinisk sammenheng, men også under innleggelse, når pasientene befinner seg i en dårlig sykdomsfase. Raskere bedring forkorter innleggelsesperioden, noe som også øker pasientens sjanser til normalisering av egen livssituasjon og opplevd mestring (Bøe & Thomassen, 2009). I tillegg vil dette kunne gi en samfunnsmessig gevinst i forhold til kostnader ved langvarige sykehusopphold.

Problemstilling.

På bakgrunn av overnevnte spørsmål valgte vi følgende problemstilling for vår studie:

Hvordan benytte den kognitive atferdsterapiens prinsipper og potensiale i etableringen av behandlingsopplegg for mennesker med psykoselidelser i allmenpsykiatrisk døgnpost?

1.2 Studiens avgrensning og begrepsavklaring

Vårt fokus i denne studien er fenomener som bidrar til bedring av psykisk helse hos mennesker med psykoselidelser sett fra et helsefaglig perspektiv. Vi undersøker således ikke nærmere de organisasjonsmessige faktorer og implikasjoner knyttet til implementering av KATp i døgnpost, hverken på systemisk eller individuelt nivå.

Vi bruker i oppgaven begreper som kan forstås på flere ulike måter. Vi bruker disse begreper med følgende betydning:

Allmenpsykiatrisk døgnpost- menes poster i Spesialisthelsetjenesten, DPS- poster og andre spesialiserte poster med døgnbehandling, hvor pasienter er innlagt over flere døgn. I denne studiens sammenheng inkluderes ikke akuttposter, poster for tidlig intervensjon og kommunale døgnplasser.

Pasienter- menes i studiens sammenheng mennesker med psykoselidelser som over en periode er innlagt i en allmenpsykiatrisk døgnpost. Enkelte steder i oppgaven vil det bli brukt begrepet **klient**. Dette forekommer når vi refererer til teori hvor forfatter omtaler seg selv som terapeut og den lidende som klient i konteksten av individuelle samtale. Begrepet **bruker** omhandler i denne sammenheng mennesker med psykoselidelser som benytter seg av helsetjenester.

Terapeuter- menes postens fagpersonell med hovedansvar for pasientens behandling. Inkluderer overlege- psykiater som medisinskfaglig ansvarlig behandler, samt psykolog og psykologspesialist.

Miljøpersonell- personell som har ansvar for den miljøterapeutiske delen av behandlingen i en allmenpsykiatrisk døgnpost. Begrepet omfatter sykepleiere, spesialsykepleiere, vernepleiere, spesialvernepleiere, sosionom, hjelpepleiere, spesialhjelpepleiere, assistenter og annet fagpersonell.

Psykose- det er vanskelig å gi en entydig definisjon av hva psykose er. Det avhenger av hvilket vitenskapelig perspektiv man har, hvordan dette blir beskrevet og forklart. Vi har tatt et utvalg av forståelser som vi anser som meningsfulle for denne studiens formål.

Fra medisinsk perspektiv blir psykosene sett på som den viktigste gruppen av alvorlige psykiske lidelser. Innenfor begrepet psykose klassifiseres følgende grupper av lidelser: organiske psykoser, schizofreniene, stemningspsykosene, de paranoide psykosene, og de akutte og forbigående (reaktive) psykosene. Ulrik F. Malt, Nils Retterstøl og Alv A. Dahl (2003) definerer psykose slik:

Det er vanskelig å finne presise definisjoner av psykose, men for praktiske formål bruker vi to definisjoner: 1) Nærvær av bestemte symptomer som medfører realitetsbrist. Det dreier seg om hallusinasjoner, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, forvirring/ svekket orientering, svekket hukommelsesfunksjon eller bisarr atferd. 2) Så lavt funksjonsnivå som følge av psykisk lidelse at pasienten ikke er i stand til å utføre de ADL (Activities of Daily Living) - funksjonene

som skal til for ikke å forkomme. ICD- 10 diagnose klassifikasjonen definerer bare psykose etter 1). (Malt, Retterstøl, & Dahl, 2003, p. 187)

Johan Cullberg (2005) skriver om psykoser fra et integrert perspektiv med utgangspunkt i at psykosen er en krisereaksjon fra et psykologisk eller biologisk sårbart menneske, og at det er viktig å forsøke å forstå det psykotiske menneskets opplevelsesverden. Han sier at psykose er et fenomenologisk-psykologisk begrep, som særlig kjennetegnes av et fenomen: vrangforestilling. Vrangforestillinger karakteriseres av feilaktige fortolkninger av ofte korrekt persepsjon. Tre andre fenomener kan være til stede i større eller mindre grad, men hver for seg kan de ikke kalles psykotiske. Dette er syns- eller hørselshallusinasjoner, atferdsavvik og konfusjon eller desorientering (Cullberg, Kjær, Nilsen, & Bureid, 2005).

Paul Chadwick (2009) skriver at det ikke finnes et skarpt skille mellom vanlige menneskelige opplevelser og vrangforestillinger eller stemmehøring, at de ligger innenfor kontinuumet av det som defineres å være normal atferd:

Det er en mengde fellestrekk mellom vrangforestillinger og sterke overbevisninger, og de forskjellene som finnes mellom dem er ofte svært små og kun variasjoner innenfor vanlig forekommende tema. I den forstand kan vår kognitive tilnærming beskrives som et forsøk på å normalisere et individs erfaring. (Chadwick, 2009, p. 18)

Dag Tore Bøe og Arne Thomassen (2009) legger vekt på kontekstuell forståelse av psykiske lidelser, herunder psykoser. De sier at et menneske med en psykisk lidelse ikke kan forstås i sin helhet hvis man ser bort fra konteksten vedkommende befinner seg i. Man kan ikke vurdere symptomene og problemene som fenomener uavhengige av et menneskets personlighet, livssituasjon, sosiale relasjoner, etc. Denne tilnærmingen resulterer i at diagnosene kommer i bakgrunnen, da hvert enkelt menneske møtes med hensyn til sin unike kontekst (Bøe & Thomassen, 2009).

1.3 Oppgavens videre oppbygging

Kapittel 2 tar for seg tidligere forskning om tema KATp og studiens teoretiske rammeverk. Det vises til nyere kvantitativ og kvalitativ forskning som omhandler effekter av KATp og virksomme områder. Videre belyses sentrale elementer av KAT sin teoretiske forankring. KATp presenteres som en personbasert terapi.

Kapittel 3 redegjør for metode, herunder studiens forskningsdesign, utvalg, praktisk gjennomføring og analyse av datamaterialet, etiske overveielser og studiens styrker og svakheter.

Kapittel 4 presenterer studiens funn.

Kapittel 5 omhandler drøfting av funn opp mot tidligere forskning og studiens teoretiske ramme for å få innsikt i problemstilling.

Kapittel 6 er oppgavens avsluttende kapittel som inneholder konklusjon, samt forslag til videre forskning.

Det er 3 vedlegg til oppgaven, 1: Godkjenning fra NSD, 2: Informasjonsskriv, 3: Intervjuguide

2 TEORETISK BAKTEPPE

2.1 Tidligere forskning

Søk i databaser som Pub Med (Medline), Psyc Info, Sve Med og ISI Web of Science resulterte i flere hundre ulike treff om KATp. Flesteparten av publikasjonene omhandler randomiserte kontrollerte studier (RCT) knyttet til utforskning av KATp effekter. Til sammenligning var et beskjedent mindretall knyttet til kvalitative studier. Rask gjennomgang har fått oss til å forstå at mangfold i forskningstema innenfor KATp er overveldende. KATp har stadig blitt forsket på siden sin opprinnelse på nittitallet, og resultatene av studier har med jevne mellomrom blitt revurdert og oppsummert i meta-analyser og reviews. KAT med alle sine metoder sies å ha størst vitenskapelig belegg av alle psykoterapeutiske retninger. Likevel konkluderer mange KATp forskere at det fortsatt er behov for mer kunnskap, og mange av dem etterlyser i det siste kvalitativ forskning om brukernes erfaring (Sivec & Montesano, 2012). Vi har valgt ut noen studier, både kvantitative og kvalitative, som eksempler på innhold og omfang av KATp forskning:

En review fra 2012 gjennomgår syv metaanalyser med fokus på spesifikke effektområder. Studien finner følgende gjennomsnittresultater: Effekt på reduksjon av positive symptomer er signifikant, men liten (0.35- 0.40). Ved sammenligning med kontroll gruppe som fikk en annen aktiv terapiform, blir effektstørrelsen enda litt mindre (0.20). Det foreligger ingen klar evidens om at KATp bidrar til forebygging av tilbakefall. Noen av studiene viser imidlertid at inneliggende pasienter som har blitt engasjert i KATp, både i individuell- og gruppesetting, vil kunne bli raskere utskrevet enn pasienter som bare har fått vanlig behandling. Effekten på spesifikke symptomer vurderes slik: KATp viser signifikant effekt på hallusinasjoner, men denne effekten ser ikke ut til å bli værende over tid. Oppfølgingsmålinger foretatt etter 12 måneder, har ikke vist signifikant forskjell. Kombinasjonen av KATp og noen andre terapeutiske intervensjoner, som for eksempel motiverende intervju (MI), familierapi og aktiv krisehjelp ser ut til å ha mer langsiktig positiv effekt på hallusinasjoner. Ved vrangforestillinger ser det ut til å være motsatt: KATp viser signifikant effekt, men ofte først ved målinger i oppfølgingsperioden, flere måneder etter at aktiv KATp er avsluttet. Ved negative symptomer kan man ikke se signifikant forskjell mellom KATp og kontrollgrupper som fikk annen aktiv terapi, men noen studier impliserer at KATp kan ha mer langsiktig effekt. Effekten av KATp i akutt fase er signifikant i reduksjon av positive symptomer, men beskjeden. Denne reviewen påpeker forsiktig at

det ville være nyttig for fremtidig forskning å kunne utvide sin måte å se etter positive endringer på, utover det som vanlig vurderingsprotokoll med Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS) og Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) kan fange opp. Studien foreslår å inkludere små kvalitative forskjeller i måten å definere positive endringer på. Videre anbefaler studien større fokus på implikasjoner terapeutisk allianse gir på effekten av KATp (Sivec & Montesano, 2012).

En metaanalyse av 12 RCT fra 2014 sammenlignet virkning av KATp med medikamentbehandling hos personer med vedvarende symptomer på tross av adekvat medikamentell behandling. Målet med metaanalysen var å estimere et gjennomsnittsmål på virkning av KATp, siden resultater fra tidligere RCT på dette var varierende. Totalt antall deltagere var 639, hvorav 552 fullførte behandling og gjennomførte siste postterapeutiske vurdering. Konklusjon i studien var at personer med vedvarende positive symptomer kan ha effekt av KATp som er vesentlig utover nytteeffekten av medisiner (Burns A.M.N., 2014).

En av kritikkene rettet mot resultater av RCT studier som viser effekt av KATp var at det blir vanskelig å gjenta samme effekten i vanlig klinisk praksis. Begrunnelsen for dette er blant annet at KATp som utføres i studiene blir gjort av eksperter under kunstige, laboratoriske vilkår. Studiene er ofte «single blind», som tilsier at ekspertene som utfører analysen vet hvilken gruppe har fått KATp. Denne kritikken gjelder ikke bare studier om KATp, men KAT generelt (Sivec & Montesano, 2012). En nyere norsk RCT hadde som mål å evaluere hvorvidt resultatene av tidligere RCT kunne gjentas i en vanlig klinisk sammenheng utført av vanlige terapeuter. Studien besto av en heterogen gruppe på 45 pasienter med psykoselidelser, som ble delt tilfeldig i to grupper. En gruppe fikk KATp pluss vanlig støtteterapi, en gruppe ble satt på venteliste i en periode på 6 måneder og fikk kun vanlig støtteterapi i denne perioden. Målingene ble utført ved hjelp av Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS), Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS) og Global funksjonsskåring (GAF), før starten, etter utført terapi (6 måneder) og etter 12 måneder. I løpet av terapien fikk undersøkelsesgruppen 20 individuelle terapitimer med KATp, utført av vanlige terapeuter med variert erfaring med KAT. Resultatene viser signifikant bedre målinger på alle skala i undersøkelsesgruppen sammenlignet med «venteliste» - gruppen, og i alle faser, bortsett fra siste målingen ved 12 måneders oppfølging, hvor kun GAF viste fortsatt signifikant forskjell. Studien konkluderer med at KATp utført av «ikke eksperter» i vanlig klinisk sammenheng kan gi bedring i positive psykotiske symptomer og at en del av denne bedringen fortsetter over tid (Kravik, Grawe, Hagen, & Stiles, 2013). Douglas Turkington med sine medarbeidere har over flere år jobbet og forsket på hvorvidt det er mulig å gjøre KATp mer tilgjengelig for mennesker med schizofreni ved at KATp kan benyttes av vanlige psykiske helsearbeidere. Han og medarbeiderne utviklet en enklere modell som omfattet kjernen i KATp, kalt «high yield» metoden (HYCBt-p). Tanken var at denne metoden kunne

brukes i vanlig samarbeid med typiske oppgaver mellom psykiske helsearbeidere og brukere. Metoden var utprøvd på kommunale psykisk helsearbeidere i USA og Storbritannia. Opplæringstiden var kort, med en ukes kursing, men det var viktig å kunne ha veiledning av erfarne kognitive terapeuter ofte og lett tilgjengelig i opptil ett år etter oppstart. Tilbakemeldingene var positive både fra psykisk helsearbeidere og brukere. To pilotstudier ble utledet fra dette prosjektet. Den ene studien ble gjort på 38 brukere etter 12 møter med helsearbeidere som brukte «high yield» modellen. Resultater viser moderat til stor effekt på henholdsvis positive (1.60) og negative symptomer (0.87) og depresjon (1.12). Den andre pilotstudien viser at modellen kan ha positiv påvirkning på den terapeutiske alliansen. Som studienes svakhet påpekes mangel på kontrollgruppe og et relativt lite utvalg, men studiene impliserer at KATp kan på en trygg og nyttig måte utføres av vanlige helsearbeidere (Turkington et al., 2014). Prosjektets siste publikasjon omhandler implikasjoner for implementering av KATp i vanlig psykisk helsearbeid på tvers av behandlingslinjene. Resultater tilsier at en implementering krever støtte fra ledelsen og et tverrfaglig engasjement. Opplæring i ny metode består ikke bare av deling av teoretisk kunnskap, som i seg selv ikke er urimelig ressurskrevende, men også av en kontinuerlig prosess for helsearbeidere i utfordringen av sine gamle holdninger (Montesano et al., 2014).

Britiske forskere gjorde en stor RCT single blind- studie, publisert i 2012, hvor de undersøkte hvorvidt KATp har effekt i forebygging av psykoseutbrudd hos unge mennesker med høy risiko. 288 mennesker ble fordelt tilfeldig i to grupper på 144 deltagere, hvor begge gruppene fikk regelmessig sjekk av mental helsetilstand, mens en av gruppene også fikk KATp. Oppfølgingstiden var 12-24 måneder. KATp ble gitt i individuelle samtaler, opp til 26 timer over seks måneder. 8 % av deltagerne utviklet psykose, som var færre enn forventet. Gruppen med KATp fikk lavere alvorlighetsgrad av utviklede psykosesyntomer, ellers var det ingen signifikant forskjell mellom gruppene. Studien konkluderte med at KATp i tillegg til monitorering av psykisk helsetilstand hverken forebygger overgang til psykose hos unge med høy risiko, eller reduserer angst knyttet til utvikling av psykotiske symptomer. Denne studien er den siste i en rekke av 6 RCT som over tid undersøkte dette, og ingen av dem viste effekt. Denne studien er stor og gir viktige implikasjoner ikke bare i forhold til bruk av KATp, men også i forhold til kritisk syn på kriteriene for psykoserisiko. Samtidig gir den en pekefinger i retning av at regelmessig oppfølging av psykisk helsetilstand i seg selv kan ha effekt på forebygging av psykoselidelser, siden andelen av de som utviklet psykose var lavere enn forventet (Morrison et al., 2012).

Denne studien er, sammen med et bredt utvalg av både teoretisk og empirisk litteratur, omtalt i en ny review, publisert i 2015, gjort av australske forskere (Brockman & Murrell, 2015). Reviewen tar utgangspunkt i at senere forskning har vist mer beskjedne effekter av KATp og stiller seg undrende overfor hva som egentlig har blitt målt i disse studiene og med hvilke måleinstrumenter. Det stilles et

viktig spørsmål om hva som er hensikten med KATp; er det reduksjon av syndromet, det vil si reduksjon i antall og variasjon i symptomene, eller er det en reduksjon av angst og negative følelser knyttet til symptomene. Gjennomgang av teoretisk litteratur viser at rasjonalet for KATp tilsier at KATp sin oppgave handler om å lindre emosjonelt ubehag knyttet til symptomene. Måleinstrumenter brukt i nyere RCT vises derimot å være mer rettet mot måling av selve symptomtrykket, som for eksempel PANSS er. Det er ifølge denne review en misforståelse som er en av årsakene til svake resultater. Denne misforståelsen er en konsekvens av den medisinske modellen hvor KATp opprinnelig har blitt sett på som «den nye antipsykotika». Som eksempel på dette omtales metaanalysen gjort av Wykes et al. i 2008. Denne metaanalysen går gjennom 27 RCT. Gjennomsnittlig effekt av KATp ble 0.372, og ved utelukkning av studiene som hadde dårligere metodekontroll, sank effekten til 0.223. I 24 av 27 studier var det i analysen blitt brukt måleskala som BPRS og PANSS. En av studiene utført av Trower et al. i 2004, skiller seg ut fordi målingen var rettet direkte til forskningsintervensjonen som i dette tilfellet var KAT for kommanderende stemmer. Det ble definert et atferdsmessig mål, kalt “compliance with command hallucinations”. Denne studiens effekt ble målt til 1.1, som er et betydelig bedre resultat enn metaanalysens gjennomsnitt. Videre vises i denne reviewen mange flere eksempler av studier hvor det ble målt flere fenomener, og med streng metodologisk kontroll. Disse studiene viser beskjeden effekt på reduksjon av symptomenes alvorlighetsgrad og antall, men viser samtidig mye større effekt på depressive symptomer og angst. På tross av overnevnte implikasjoner, fortsetter man i et flertall av RCT å bruke de samme måleinstrumentene. Reviewen konkluderer med at studiene som har fokusert på et symptom av gangen og på følelsesmessige reaksjoner knyttet til symptomet, har kunnet vise til mye større effekt. Det oppmuntres til flere slike studier i fremtiden og pekes i forbindelse med det på behovet for et mer tilspisset utvalg. Dette betyr at pasientene som velges ut ikke bare bør ha en psykoselidelse, men faktisk være følelsesmessig plaget av sine symptomer (Brockman & Murrell, 2015).

Kvalitative studier av KATp er det som nevnt tidligere, betraktelig færre av. En review av kvalitative studier fra 2011 oppsummerer funn av 8 studier gjort i perioden fra 2003 til 2010. Studiene er ulike med hensyn til både KATp metoder som har blitt brukt som intervensjon, analysemetoden og ulik kontekst. Noen intervensjoner er blitt gjort som individualterapi, andre som gruppeterapi. Data har blitt samlet både som semistrukturerte intervjuer og fokusgruppeintervjuer. I analyseprosessen har det blitt brukt fenomenologisk analyse, diskursanalyse og hermeneutisk fortolkning. I en studie har det blitt samlet data av både terapeuten og brukeren, og det virket som om data fra terapeuten har blitt lagt større vekt på. Disse store variasjonene har ifølge reviewens forfattere gjort det vanskelig å analysere funnene, og viser i tillegg et behov for flere kvalitative studier i fremtiden som legger vekt på brukernes erfaringer (Berry & Hayward, 2011). Resultatene av reviewen viser to hovedfunn, med

følgende underpunkter: Den terapeutiske prosessen med KATp gir økt forståelse av psykosens utbrudd basert på stress- sårbarhetsmodellen. Dette hjelper videre på økt forståelse for hva som er gode mestringsstrategier og hvordan de kan hjelpe, som igjen gir økt fleksibilitet for å godta andre forklaringer rundt psykosesyntomer. Normalisering fremkommer som viktig fenomen i hele prosessen. Det andre hovedfunnet handler om økt aksept overfor seg selv og lidelsen, en forbedring i selvfølelsen og mindre grad av selvstigmatisering. Alt dette fører til økt bevissthet om at psykosen ikke definerer personen- en avstand mellom personen og lidelsen (Berry & Hayward, 2011). I kjølvannet av denne reviewen ble det i 2012 gjort en kvalitativ fenomenologisk studie på 9 mennesker med psykoselidelser. Funn i studien er lignende som i review studien, men beskriver de ulike fenomenene mye mer detaljert, og legger i tillegg vekt på relasjon i samarbeidet mellom terapeut og pasient (Kilbride et al., 2013).

Det finnes lite forskning på miljøterapi og kognitiv miljøterapi (KMT). Forskning på KMT ble i 2013 oppsummert av Nasjonalt kompetansesenter for Psykisk helsearbeid. Systematisk søk gjennom vitenskapelige databaser identifiserte 32 artikler hvorav 11 var vurdert som empirisk forskning. 5 av dem var kvalitative studier, 6 var deskriptive kvantitative studier. Ingen RCT eller metaanalyser ble funnet. Rapporten svarer på problemstillinger om innhold i KMT, faktorer som fremmer og hemmer implementering av KMT, hva er brukererfaringer med KMT og hva sier forskning om effekter av KMT (Solbjør & Kleiven, 2013).

Forskning i KAT generelt og KATp er i sin søken om evidens preget av den positivistiske vitenskapelige tradisjon, med medisinsk modell som retningsgivende (Wampold, 2001). Utvikling i forskning på KATp over år tyder på at denne orienteringen ikke er helt uproblematisk, noe som i siste ti år vises gjennom stadig voksende og varierende kritikk av utført forskning. Tidlige RCT rapporterte for eksempel moderate effekter av KATp på alle aspekter ved psykoselidelser. KATp ble over en periode ansett å ha bedre effekt på psykoselidelser enn både medisiner og andre psykoterapier. Etter hvert kom kritikk over metodologiske biaser, og nyere studier ble utført med mye strengere kontroll. Resultater av disse studiene viser betydelig lavere og mer begrenset effekt enn tidlige studier. Likevel er denne effekten fortsatt signifikant på mange områder (Sivec & Montesano, 2012). På tross av svakere resultater i nyere studier, eller kanskje på grunn av det, ser det ut til at forskning på KATp er langt ifra metningspunktet. I nyere reviews tilspisses det kritiske blikket ytterligere i forhold til metodene studiene har blitt utført ved. Denne kritikken virker å være motivert av en sterk tro i vitenskapelige kretser rundt KAT at KATp sine terapimetoder er bra og virkningsfulle, og en søker stadig etter bedre bevis på dette. Motivasjonen er med andre ord fortsatt å tilstrebe «gullstandard», men det synes å vokse en erkjennelse om at kvalitativ forskning har mye mer å bidra med i denne retningen enn man først trodde. Ord som

brugerstyrt empiri og oppmerksomhet over kvalitative detaljer finner plass i anbefalinger til videre forskning (Sivec & Montesano, 2012).

Det har samtidig pågått en debatt om hvorvidt RCT forskning i det hele tatt kan hevdes å være evidens på at en psykoterapeutisk retning er mer effektiv enn en annen. Kritikere hevder at KAT sine strukturerte metoder har blitt utviklet med klar hensikt om standardisering. Standardisering tillater mer strukturert måling, som gjør at KAT i større grad enn mange andre terapiretninger egner seg for RCT, men at det i seg selv ikke kan være bevis på KAT sin overlegenhet over andre terapier (Wampold, 2001). Det virker, ironisk nok, at jo mer forskningen på KAT har forsøkt å standardisere og kontrollere, desto svakere evidens har kommet ut av det. Uansett, KATp sin posisjon i behandling av mennesker med psykoselidelser er klar: Nasjonale retningslinjer i flere land, inkludert Storbritannia (som er størst kunnskapskilde til KATp), USA og Norge, anbefaler denne metoden til alle pasienter med psykoselidelser (Sivec & Montesano, 2012).

Søkeord: kognitiv atferdsterapi, psykoser, psykosesyntomer, kognitiv miljøterapi, døgnposter. Cognitive behavioral therapy, psychosis, psychotic symptoms, cognitive milieu therapy, inpatient ward.

2.2 Teoretisk rammeverk

Kognitiv atferdsterapi, eller originalt kalt kognitiv terapi, ble utviklet i begynnelsen av 1960 tallet som ny teori i forståelsen og behandlingen av depresjon. Den kognitive terapiens far anses av mange å være dr. Aaron T. Beck, psykiater, psykoanalytiker og professor på University of Pennsylvania (Beck, 2011). I 1977 ble det publisert resultater av første RCT, som konkluderte med at kognitiv terapi var like virkningsfull som datidens vanlige antidepressive medisiner. Den første behandlingsmanualen i kognitiv terapi ved depresjon ble utgitt i 1979. På slutten av 70- tallet begynte Beck og kollegaer å utvikle kognitiv terapi for angst. Siden den gang har utviklingen av KAT metoder over tid ekspandert til å omfatte behandling av de fleste psykiske lidelser (Beck, 2011). Metoder for KAT ved psykoser ble utviklet over en tiårs periode til midten av 1990 tallet (Chadwick, 2009).

Teorien bak alle KAT metoder baserer seg på den *kognitive modellen* som sier at alle psykiske forstyrrelser kjennetegnes av uhensiktsmessige tankemønstre (Beck, 2011). Vanskelige følelser og uhensiktsmessig atferd er resultat av negative automatiske tanker (NAT). NAT er avledet av negativt fordreide kognitive skjema, såkalte primære og sekundære leveregler, som oppstår ved læringsforstyrrelser i våre tidligere erfaringer. Primære leveregler, eller kjernetro, handler om automatiske negative tolkninger av ens erfaringer om seg selv, verden og fremtiden. Eksempler på

kjernetro kan være: «Jeg er ikke verdt noe», «verden er farlig», «andre mennesker er ikke til å stole på» (Jordahl & Repål, 2009, p. 154). Sekundære leveregler er mer direkte knyttet til atferd, og kan beskrives som «hvis- så» tenkning. Deres funksjon er å kompensere for kjernetro. Et eksempel på sekundære leveregler kan være: «Hvis jeg alltid er blid og snill vil alle kunne like meg.» Den kognitive modellen kalles også for ABC- modellen, der A representerer situasjonen som en trigger som aktiverer kjernetro; B står for NAT; og C står for følelser og kroppslige reaksjoner. Modellen blir også kalt for «diamanten». ABC-modellen, samt sekundære leveregler og kjernetro utgjør individuell *kognitiv kasusformulering* (KF). Når mennesker lærer seg å tenke på mer realistiske og hensiktsmessige måter, vil de også handle mer hensiktsmessig i gitte situasjoner, og føle seg bedre (Jordahl & Repål, 2009).

KATp fokuserer på pasientenes opplevde ubehag og lidelse som skapes av psykosesyntomer, og ubehagets forankring i negativ kjernetro. Diagnosene i seg selv er ikke viktige (Chadwick, 2009). Målet med terapien er således ikke nødvendigvis å bli kvitt symptomene, men å finne akseptable alternative måter å forholde seg til vrangforestillingene eller hørselshallusinasjonene på. Ofte handler det om å endre negativ betydning personen ilegger stemmene eller hendelsene som knyttes til vrangforestillingene, og bygge opp personens positive oppfatning av seg selv, uavhengig av symptomene. Dette med hensikt om å øke livskvalitet og funksjonsevne gjennom mer hensiktsmessige atferdsmønstre. Hvilken mening et menneske med psykose legger i hendelsene i livet, er med på å bestemme hvordan symptomene vil utvikles og hvor plagsomme de vil bli opplevd av vedkommende. Psykosesyntomene forstås ut ifra normalpsykologisk perspektiv, som emosjonelt og atferdsmessig uttrykk for ens tolkning av seg selv og andre i en viss kontekst. I den kognitive modellen (ABC) ved psykoser, er vrangforestillingene B, mens ved hørselshallusinasjoner er stemmen A- hendelsen/ situasjonen, og B er tanker om stemmens betydning og konsekvens (Chadwick, 2009).

KATp tilbyr gjerne personer som på tross av adekvat antipsykotisk medisinering fortsatt er plaget med symptomer. Denne pasientgruppen er svært sårbar, sliter med selvstigma, har ofte vanskelig for å stole på andre mennesker og skape nye relasjoner. De kan også slite med ulik grad av kognitiv svikt som innebærer nedsatt konsentrasjonsevne, evne til bearbeiding av informasjon, utholdenhet og egenaktivitet. Dette kan kreve en mer forsiktig tilpasning av terapien enn ved andre lidelser. (Jordahl & Repål, 2009).

KATp er personrettet, med et menneskesyn som hviler på Immanuel Kants etikk. Menneskets verdi er iboende, ifølge Kant, og virkeligheten er slik et menneske konstruerer den gjennom sitt sanseapparat og sin oppfatnings- og tankeevne, dvs. mentale prosesser. Det er kun på denne måten et menneske har tilgang til virkeligheten. Virkeligheten er slik vi konstruerer den, og dermed kan ingen med sikkerhet si hvordan verden faktisk er. Mennesker konstruerer verden på den måten at en strøm av

sanseopplevelser blir silt gjennom vår bevissthet hvor de blir forenklet og kausaltordnet. I bevisstheten blir det skapt mening i sanseopplevelsene gjennom mentale prosesser, og vår virkelighet blir skapt. Det er følgelig logisk å tenke at det ikke finnes noen riktig og gal virkelighet; disse kategoriene er upassende når det gjelder meningsskaping (Chadwick, 2009).

KATp bygger sine terapimetoder med stor vekt på det personlige, en ubetinget aksept for at enhver person har rett til å bruke sine erfaringer på sin egen måte og å gi dem sin egen mening. Dette blir oppfattet som individets potensial til å bli seg selv fullt ut på en positiv måte, både emosjonelt og sosialt. Terapeutisk endring bør skje på personens egne premisser og i eget tempo. Vektlegging av pasientens potensial og sterke sider i endringsprosessen har en sentral plass i utførelsen av terapien (Chadwick, 2009).

Kognitiv miljøterapi betyr å inkludere og benytte KAT metoder i miljøterapien ved sykehusposter (Solbjør & Kleiven, 2013). I følge Jørn Lykke er kognitiv miljøterapi «en aktiv, strukturert, problemorientert, psykoedukational og dynamisk behandlingsform. Den kognitive behandlingsmodell i miljøet gir patienten mulighet for at finne alternativer til uhensigtsmessige reaktionsmønstre og utvikle nye færdigheder» (Oestrich et al., 2006, p. 17). Hovedelementene ved KMT er psykoedukasjon, bruk av kognitive teknikker og ferdighetstrening. Fordelen med KMT er at terapeutene er mer til stede, og kan bruke vanlige, dagligdagse situasjoner i postmiljøet til terapeutiske samtaler, ABC omformulering, atferdsekspesimenter og lignende (Solbjør & Kleiven, 2013). Med utgangspunkt i pasientens KF, som beskriver symptomenes karakter og trygghetsatferd som opprettholder symptomene, lages en individuell behandlingsplan. Utgangspunkt for behandlingsplanen er pasientens individuelle mål for behandlingen, slik at alle samtaler, aktiviteter og observasjoner i posten tjener til å nå målene. Det finnes mange forskjellige modeller for KMT (Solbjør & Kleiven, 2013). Jesse H. Wright har beskrevet fem ulike modeller: Primærterapeutmodellen, tilføyesmodellen, personalemodellen, helhetsmodellen og fleksibilitetsmodellen. Forskjellene består i graden av implementering av de kognitive elementene i miljøterapien, men også i forhold til hvor mange blant personalet som er lært opp i KAT, personalets rolle, graden av gruppeterapi, og i hvor stor grad anses aktivitetsterapi som en del av kognitiv miljøterapi (Wright, Thase, Ludgate, & Beck, 1993).

Recovery, uttrykk for bedringsprosesser, og brukermedvirkning, er kjente begreper for de fleste i dagens psykiske helsevern. I opptrappingsplanen for psykisk helse beskrives hva som menes med brukermedvirkning på individ-, system- og politisk nivå (Larsen, Nordal, Aasheim, & Sosial- og, 2006). I boken «Virksomme relasjoner» skriver forfatterne et bidrag til hvordan de tenker seg at realisering av opptrappingsplanene kan gjennomføres fra et brukerperspektiv (Borg & Topor, 2007). Følgende tabell kan sees i flere fagbøker og artikler, og gjengis her fritt:

Tabell 1. Resultat fra oppfølgingsstudier av personer med diagnosen schizofreni (Harding, 1988, p. 637)

	Antall Pasienter	Har kommet seg helt (i %)	Har kommet seg sosialt (i %)	Samlet andel som har kommet seg (i %)
Bleuler 1972	208	23	43	66
Harding et al. 1986	269	34	34	68
Huber et al. 1975	502	26	31	57
Tsuang et al. 1972	186	20	26	46
Ciampi & Muller 1976	289	29	24	53

På bakgrunn av disse tabellene skriver Alain Topor at det er grunn til optimisme innen psykisk helsevern for pasienter med alvorlige psykiske lidelser når det gjelder recovery (Topor & Grøtten, 2006). Forskning viser at recovery kan ta mange år og at ca. 2/3 kommer seg mer eller mindre fra sine lidelser. Noen pasienter beskriver recovery som en utviklingsprosess som tar tid, som må ha tid, og som ikke er rettlinjert (Topor & Grøtten, 2006). Topor skriver også om pasienter i spesialisthelsetjenesten som har sagt noe om hvordan de har opplevd recovery og brukermedvirkning i praksis. Pasientene beskriver følgende kvaliteter som vesentlige fra helsepersonell sin side: sympati, empati, personkjempe, å kunne gjøre «litt mer», å gjøre «noe annet», gjensidighet og formidling av håp. Dette sammenfaller med kvaliteter som pasienter med brukererfaring vektlegger når de skal fortelle hva som fører til recovery når det gjelder god behandlingskultur i praksis (Kogstad, Hummelvoll, & Eriksson, 2009).

3 METODE

3.1 Forskningsdesign

Målet for denne studien er å bringe frem et hermeneutisk perspektiv på gitt problemstilling. Hermeneutikk handler om å fortolke en tekst for «å oppnå gyldig og allmenn forståelse av hva en tekst betyr» (Kvale & Brinkmann, 2012, p. 69). Vår tekst er transkripsjon av våre intervjuer. Kvalitativ forskning skal ha til hensikt å fremme vår kollektive forståelse og forstå hva som allerede er forsket på innen et spesifisert område (Malterud, 2013). Ved kvalitativ forskningsmetode kan vi få et innblikk i erfaringer og holdninger som våre informanter gir oss, og gjennom dette få ny og viktig kunnskap innenfor det interessefelt vi bygger vår forskning på. Kvalitativ forskning kalles også «Human science», og speiler til at vi søker levende kunnskap om sammenhenger og forståelse; fenomenologi og hermeneutikk (Malterud, 2013, p. 27).

Ved å benytte et semistrukturert intervju, som er en åpen samtale men med tydelig formål, fikk vi tilgang til informantenes beskrivelser og livsverden. I vårt semistrukturerte intervju hadde vi både empiriske faktaspørsmål og meningsspørsmål, med mulighet for å stille oppfølgende og utfyllende spørsmål underveis. Ved å være åpne for den enkelte informants kunnskap om fenomenene vi ønsket å lære om, ble intervjuene en arena for å forstå særpreget og den andres egenart; ikke å finne en objektiv sannhet (Kvale & Brinkmann, 2012).

Vårt studie er godkjent av NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S), vedlegg 1.

Studien blir presentert i form av en monografi som er et frittstående dokument som søker å kaste nytt lys over et begrenset emne.

3.2 Innsamling av datamateriale og utvalg

Vår studie baserer seg på et strategisk utvalg av informanter der vi primært søkte deltagere via Norsk Forening for Kognitiv Terapi (www.kognitiv.no). Med utgangspunkt i problemstilling var det vesentlig at informantene hadde erfaring med KATp i døgnpost eller andre terapikontekster. Vi kontaktet informantene først via mail, og sendte med et informasjonsskriv som beskrev vårt prosjekt (Vedlegg 1). De tre første vi spurte svarte umiddelbart at de var interessert i å være med, og en av dem kom med forslag om andre vi kunne intervjuer – og disse var også positive. Et par vi sendte mailer til hørte vi aldri noe fra.

Utvalg: Fire psykologspesialister, hvorav tre med doktorgrad i psykologi, og en psykiater. 4 menn og en kvinne. Alle har mangeårig klinisk erfaring med psykose, og alle er veiledere i KAT.

3.3 Gjennomføring av intervju

Vår intervjuguide, vedlegg 2, ble ikke sendt til informantene på forhånd. Alle intervjuene ble etter informantenes ønske utført på deres eget kontor, og de valgte selv tidspunkt. Vi skrev i første mail at intervjuene var beregnet å ta opptil 1 ½ time, og alle hadde satt av god tid til dette. Vi benyttet båndopptager og det virket som alle informantene var komfortable med dette; de var vant til å forske mye selv. Alle intervjuene startet med at vi presenterte oss selv, vår yrkesfaglige bakgrunn og interesse for fagområdet. Deretter leste vi opp problemstilling før vi begynte med de formelle spørsmålene. Der ba vi først informantene presentere sin utdanning og yrkesbakgrunn.

Siden vi var to forskere ved fire av de fem intervjuene, fordelte vi roller på forhånd. Første forsker ledet intervjuet og co-forsker tok seg av det administrative og fulgte med som observatør. Under et av intervjuene utfylte vi hverandre med noen spørsmål underveis, ellers ventet forskeren til slutt og ga co-forskeren ordet. Det var godt å ha med en observatør som kunne konsentrere seg om intervjuguiden på en annen måte enn forskeren som førte intervjuet. Co-forsker tok notater underveis og fanget opp informasjon som hun kunne be informanten utfylle mer, noe som var hensiktsmessig.

Stemningen under de fleste intervjuene var god, og informantene var fokuserte på oss den tiden intervjuet varte. Ingen av dem hadde skrevet notater på forhånd, men var godt orientert og hadde forslag til artikler og undersøkelser de refererte til. En av informantene sa han var litt ubekvem ved å snakke om KAT ved døgnpost da han for tiden jobbet ved poliklinikk som enhetsleder og følte han ikke hadde fått praktisert KAT de siste 2 årene. Men hans lange erfaring fra mange år med psykosier og KAT ga oss likevel mye god informasjon. Vi opplevde informantene som interesserte og engasjerte innen feltet og de møtte oss uerfarne forskere med vennlighet og velvilje. Vi følte oss noe usikre på om vi klarte å stille interessante nok spørsmål til disse kunnskapsrike informantene, og vi jobbet med oss selv for å være lyttende fremfor å ligge i forkant med å forberede neste spørsmål. Det var noen ganger aktuelt med oppfølgende spørsmål for å forsikre oss om at vi hadde forstått informantene, de fikk god anledning til å avkreffe eller bekrefte vår oppfattelse av informasjonen de hadde gitt oss.

Vi som forskere opplevde oss ganske usikre i begynnelsen av intervjuene, og kunne i ettertid tenke at vi skulle spurt om noe mer underveis. Men ved transkriberingene oppdaget vi at det var mer informasjon der enn det vi opplevde under intervjuene. Transkripsjonene ga oss nyttig hjelp til å utføre neste intervju på en bedre måte. Det var også godt å merke av vi ble litt tryggere på oss selv etter hvert som arbeidet skred frem.

Vi la vekt på at eventuelle pauser som kom kunne fylle et rom med tid for å tenke og oppdatere oss i forhold til intervjuguiden. Når intervjuene var avsluttet og båndopptakeren slått av, spurte vi informantene hvordan de hadde opplevd intervjuet. Det var en som ba oss ta opp litt mer han hadde sagt tidligere. Ellers opplevde vi og informantene oss ferdige med intervjuene, og takket for oss.

3.4 Ethiske overveielser og forforståelse

Samtykkeskjemaet ble utarbeidet i tråd med retningslinjene for dette og vi presenterte prosjektet for informantene. Informantene skrev under informert samtykke og fikk samtidig informasjon om konfidensialitet og konsekvenser. Alle informantene fikk informasjon om hvordan intervjuene skulle brukes og beskyttelse og anonymisering av disse. Vi oppbevarer transkriberte tekster og analyse på private pc-er med passordbeskyttelse. Alle intervjuer og lydopptak slettes umiddelbart etter oppgaven er levert og godkjent.

Når det gjaldt risikofaktorer for våre informanter, regnet vi dem som få, da vi ikke intervjuet pasienter men klinikere med erfaring fra forskningsfeltet. Utfordringene for oss var at vi måtte finne en faglig representativ bredde blant klinikerne, og at vi var bevisst vår egen forforståelse og rolle. I begrepet forforståelse ligger våre hypoteser og vårt faglige perspektiv nedlagt, og det var viktig å ha som bakteppe at vi ikke måtte «tillate forforståelsen å overdøve den kunnskapen som det empiriske materialet kunne ha levert» (Malterud, 2013, p. 40). Ved at vi leste oss grundig opp på litteratur og forskning om KAT var vår nysgjerrighet vekket i forhold til hva vi håpet informantene kunne gi oss av

kunnskap relatert til deres praksisfelt. Vår forforståelse kunne dermed gi en god base for å stille spørsmål som var relevante, og kvalitetssikre at vi forstod det våre informanter snakket om.

3.5 Forskerrollen

En intervjusituasjon gir oss som forskere makt ved at vi bestemmer tema og vinkling på dette. Det var vesentlig at vi som forskere var klar over vår avhengighet av informantene og deres formidling av kunnskap. Vår forforståelse er knyttet til at vi arbeider på en døgnpost med fokus på psykose, og vi har innblikk i KAT gjennom et års utdanning innen KAT for angst og depresjon. Da vi tidvis praktiserer enkelte elementer fra KAT, har også dette påvirket vår forståelse og gitt oss «briller» under intervjuene og tolkning av datamateriale. Videre hadde vi visse forventninger til hvordan det ville være å gjennomføre KATp i praksis. Samtidig har vi gjennom å benytte åpne spørsmål og å være aktivt lyttende forsøkt å ha informantene og det de har formidlet i fokus.

Vi var også bevisst den ubalanse i interaksjon et intervju kan gi, og vi ga informantene et innblikk i vår begrepsmessige og teoretiske forståelse gjennom de spørsmålene vi stilte. Kunsten å gjennomføre et forskningsintervju kan beskrives som et «intellektuelt håndverk» (Kvale & Brinkmann, 2012, p. 101). Dette håndverket består blant annet av praktiske ferdigheter og kunsten å lytte. En ydmyk holdning i forhold til ønsket om kunnskapsproduksjon der forskeren er avhengig av informanten kan ifølge Kirsti Malterud gi en større balanse i samspeillet i intervjuet (Malterud, 2013).

3.6 Analyse

Når det gjelder metode for innhenting og bearbeidelse av informasjon benytter vi oss i hovedsak av Malterud sin bok «Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring» (Malterud, 2013). Da vi er to studenter som har skrevet sammen, har vi transkribert de intervjuene vi selv har foretatt. Første transkribering var direktetranskribering, dvs. ordrett og med tenkeord og pauser der vi også tok med for eksempel latter og usikkerhet. Deretter anonymiserte vi intervjuene, og gikk gjennom teksten med det språklige for øyet. Talespråket direkte overført til skriftspråk rettferdiggjør ikke alltid det informanten har sagt. Vi la derfor vekt på å redigere teksten i noen grad - «slightly modified verbatim mode» - for å få tydelig frem det informanten hadde sagt uten forstyrrende tankepråk (Malterud, 2013). Det var en viktig del av prosessen å høre på intervjuene mange ganger for å kvalitetssikre at vi forstod hva informantene sa når vi skulle transkribere teksten til vanlig bokmål.

Når vi så utvekslet transkriberingene med hverandre, gikk vi nøye gjennom alle intervjuene hver for oss for å finne foreløpige hovedtema i analyseprosessen. Vi ble enige om noen hovedtema som vi synes skilte seg ut i alle intervjuene, og vekket vår interesse spesielt, og benyttet oss av «fugleperspektivet» som Malterud skriver om, der «formålet ikke er konsensus, men å skape et analytisk rom med flere nyanser» (Malterud 2013, p. 99).

Disse hovedtemaene danner grunnlaget for felles forståelse når vi fortsatte analysen. Til analyse av transkripsjonene benyttet vi Malteruds systematiske tekstkondensering, en metode inspirert av Amedeo Giorgi sin fenomenologiske deskriptive analyse: Meningskoding – finne nøkkelord, meningsfortetting – lage en forkortelse av tekst til kortere formuleringer, og meningsfortolkning, dvs. hermeneutisk fortolkning. Vi har valgt å benytte oss av dataprogrammet NVIVO til dette arbeidet, da dette ga oss en god oversikt over tekst og analyse, og var hensiktsmessig med tanke på koding. Vi tok for oss hver setning og laget nye, meningsbærende enheter som vi så kunne se på i sammenheng med hverandre – dekontekstualisering - koding. Vi validerte våre funn ved så å se på de enkelte delene opp mot helheten i teksten igjen, for å sikre at ikke reduksjonisme gjorde at vi mistet helheten i informantenes utsagn (Malterud, 2013).

I besvarelsen markerer vi sitat med apostrofer eller innrykk og tettere linjeavstand, i tråd med universitetets retningslinjer for skriftlige arbeider. Der vi hopper over tekst i sitater, markerer vi det med [...]. Om vi tar med notat fra intervjuene om kroppsspråk eller stemning, markeres dette med dobbel parentes.

3.7 Styrker og svakheter

En av svakhetene ved vår studie er at alle våre informanter var positive til KAT og hadde lang erfaring med denne behandlingsformen. De hadde sitt kjennskap til KAT fra den gang den ble kjent i Norge, og var engasjerte og interesserte i KAT fordi de hadde tro på metoden. Vi kan derfor anta at de var subjektive og positive til temaet, og at dette påvirket svarene de ga oss. Samtidig var de informert om siste forskning og svakhetene ved KATp, og kunne fortelle oss om forskning for og imot KATp. Det hadde også vært en styrke for studien å kunne intervjuet pasienter som hadde erfaring med psykose og KATp. Men av praktiske og økonomiske grunner lot ikke dette seg gjennomføre, da det er vanskelig for oss å finne disse pasientene, og det er et komplisert område å bevege seg inn på etisk sett.

En annen utfordring var vår manglende erfaring som forskere. Vi innså ganske tidlig i prosessen at vi gjerne skulle spisset våre spørsmål grundig for å få mer dybdekunnskap om et smalere tema enn det vi presenterer i studien. Likevel ser vi på våre funn som unike, og har arbeidet tro mot det materialet vi har fått av våre informanter – som var svært kunnskapsrike.

Styrken i vårt studie er at vi snakket med eksperter på området med mange års erfaring på godt og vondt. De hadde lang klinisk erfaring, og flere av dem hadde forsket i flere år om emnet. Noen av informantene hadde selv innført KAT som metode på sin arbeidsplass. De kunne derfor si hva de hadde opplevd som utfordrende ved å implementere og vedlikeholde KAT i døgnpost og poliklinikk, og hadde mange tanker rundt overføring av kunnskap på flere nivå i behandlingsskjeden.

4 FUNN

I dette kapittelet vil vi presentere våre funn med tilhørende underpunkter. Våre informanter har fått fiktive navn som Per, Ole, Jens, Anne og Pål. Ved å bruke dataprogrammet NVIVO hadde vi mulighet til å se hvilke temaer som hadde flest sitat blant informantene. Men vi erfarte også at et enkelt sitat kunne ha like stor verdi som det alle sa mye om, så våre funn er presentert ut fra et bredt utvalg av sitater.

Vi har to hovedfunn: kapittel 4.1: *Døgnposter jobber etter en pragmatisk stil, KATp gir meningsfull struktur i felles forståelsesgrunnlag*, og kapittel 4.2: *Oppbygging av behandlingstilbudet skjer gradvis, gjennom liming av kunnskap*.

4.1 Døgnposter jobber etter en pragmatisk stil, KATp gir meningsfull struktur i felles forståelsesgrunnlag

Flere av våre informanter etterlyste et felleskap i teoretisk overbygning ved døgnposter. En av våre informanter sa: «Mange døgnposter driver mye etter en pragmatisk stil, uten all verdens teoretisk overbygning». Per uttrykte det på denne måten: «Hvis du spør dem om hvilken teoretisk profil de har, så får du veldig ofte vage svar. Du kan få presentert aktivitetsplan og ukeplan, og det er knyttet til en veldig pragmatisk tenkning». Vi forstod av denne informanten at den pragmatiske stilen han snakket om handlet mye om en praktisk stil som var tillært over flere år i den enkelte avdeling.

Vi spurte informantene om deres personlige erfaringer om nytten av KATp i døgnpost, og da påpekte flere av dem at KATp kunne være den «paraplyen» som en felles forståelse kan være. For avdelinger som har jobbet med psykodynamisk tilnærming over flere år vil det ikke være så stor forskjell å jobbe med KATp skal vi tro flere av informantene våre: «Man må også innføre kognitiv miljøterapi med psykodynamiske begreper som alltid har vært der og vil være der uansett om vi ser det eller ikke». De generelle prinsippene i KATp er ifølge Pål ganske like dem vi finner i all psykoterapeutisk tilnærming:

Så er det, tenker jeg, en del ting i forhold til kognitiv terapi som er litt sånn normal psykologi og allment, som gjør at hvis man tilpasser den litt annen erfaring og kompetanse, så er det ikke så stor forskjell alltid på hvordan man jobber med pasientene på denne tilnærmingen enn det folk har gjort tidligere. Det er litt mer systematikk på noen områder kanskje.

Denne informanten var opptatt av at mangel på en teoretisk overbygning kunne gjøre behandlingen pasientene fikk tilfeldig og avhengig av hvem som er på vakt den dagen og hvilken «stil» den ansatte hadde på sitt arbeide. For pasienter med psykoseproblematikk kunne dette være svært utfordrende, da disse pasientene har stort behov for struktur. Ole sa også at DPS i den form de fremstod i dag kunne mangle struktur, noe som førte til at de miljøterapeutiske rammene ikke ble tydelige:

Jeg vil vel kanskje si at noe av det som er utfordringen med en del DPS- er på døgn er at man er for lite strukturert i forhold til det tilbudet som gis. I en del tilfeller kan det være mest

oppbevaring, nå skal du være her, sånn og sånn. Og det med struktur og rammer og ikke innholdet i det man gjør, at det ikke er så tydelig hva er det egentlig det miljøterapeutiske opplegget her, hva er det pasienten skal få? Og hva er det vi tenker skal være virksomt i forhold til innleggelsen, da?

Erfaringene til våre informanter var også at mange døgnposter kunne ha som utgangspunkt et felles perspektiv for hvordan man skulle arbeide, men over tid kunne dette perspektivet vannes ut, og bli mer eller mindre fraværende. Samtidig påpekte flere av dem utfordringene det kunne være å få et tverrfaglig behandlingsmiljø til å tenke i samme retning når det gjaldt en felles overbygning i døgnpost:

Men, det er vanskeligere jo mer forskjellige yrkesretninger personalet har [...] Men hvis man da har en teori som kan binde det sammen, så tror jeg det kan bli lettere å være pasient der. [...] Selv om jeg tenker mye på disse generelle faktorene i miljøet som viktige, så tenker jeg at viktigst med kognitiv miljøterapi er vel den enhetlige teorien man har [...] Få alle til å jobbe sammen teoretisk, med sine forskjellige bakgrunner, utdanninger, etc. Det er liksom styrken ved det, men det er også, på en måte, vanskeligheten med det.

Som vi ser av disse sitatene kan det være et problem at de vaner og tradisjoner som preger en døgnpost kan føre til en pragmatisk stil uten at de har et felles forståelsesgrunnlag for terapien. Anne, som har lang erfaring med KATp sa følgende til oss da vi snakket om hvorvidt det var vesentlig å ha en felles forståelse for arbeidet i døgnposten: «Selv om de ikke bruker kognitiv terapi som behandling må de i samtale med pasienten ikke arbeide i vest når vi (psykologene, red. anm.) arbeider i øst!». Ifølge Per forstod vi det sånn at mangel på en klar teoretisk forståelse i avdelingen kunne være misvisende i forhold til hvor behandlingen egentlig foregikk: «Det som ofte skjer i dag er at pasienten har en ide om at behandling skal foregå hos terapeuten og at man skal bruke miljøet til å sitte og vente ((smiler ydmykt, litt oppgitt)) for å få en time». Vi forstod Per dit hen at det var vesentlig at pasientene var informert tydelig om miljøets betydning for behandlingen, og at hele personalgruppa var en del av hele behandlingsopplegget.

Jens så den kognitive forståelsesmodellen som en god basis for planlegging av behandlingsforløpet:

Ideelt sett, så vil jeg tenke, at innenfor kognitiv forståelsesmodell så skal det være en felles forståelse av hvorfor skal denne pasienten legges inn nå, hva er hensikten, hva skal skje? Og hva er kriteriene for at du skal ut igjen, og hva skal skje etterpå?

Her opplevde vi at Jens sa noe vesentlig om potensialet i KATp; at den kan gi de ansatte og pasientene en felles forståelse for hensikt og mål med oppholdet på døgnpost.

Alle informantene våre var klare på at ord og begreper som danner prinsippene i KAT måtte brukes bevisst av personalet hvis man skulle kunne si at man jobbet med KAT.

Vi kan ikke si at vi bruker kognitiv terapi hvis vi ikke bruker noen av ordene og begrepene som hører til den sjangeren. Ord og begreper er ikke bare ord og begreper, det er også hva du *ser* og egentlig har med deg i tankene. Det du ikke setter ord på, det greier du stort sett ikke å se heller. Du overser det, du fester deg ikke ved det, setter det ikke i forgrunnen, tenker ikke noe over det. Det er noe med å kombinere empati, respekt, forståelse, innlevelsessevne og med å få standardisert ting.

Når det gjelder standardiseringen han nevner her, så sa han dette i sammenheng med at det er en del skjema som er standard i KATp, og at han var imot bruk av skjema for skjemaets skyld. Vi opplevde at Per var svært interessert i meningen bak ethvert skjema, og han uttrykte stor skepsis til «kvantifisering og patetisk bruk av skjema».

4.1.1 Terapeutisk allianse forstått gjennom KATp

Terapeutisk allianse som fenomen ble løftet frem av våre informanter som et nødvendig utgangspunkt for det felles prosjektet som KATp står for. Ut fra den informasjon våre informanter har gitt viser det seg at det er viktig og riktig å se nøyere på hvordan en god relasjon kan gi en god terapeutisk allianse med pasienten. Ole fortalte oss hva han tenkte om terapeutisk allianse:

Jeg synes den beste definisjon på terapeutisk allianse består av tre ting: Det er Bordin som i 1979 kom med det her, og det er at terapeutisk allianse består av båndet mellom pasienten og terapeuten, *det relasjonelle*, også det at terapien må ha *et mål*, og man må ha enighet om *hvordan man skal nå de målene* i forhold til hvilke metoder man skal bruke.

Slik vi forstår informantene, kan vår opplevelse av hva som er god relasjon også hindre fremgang i terapeutisk allianse hvis vi hele tiden venter på en god relasjon. Per uttrykte det slik:

En fare er at du kommer aldri ut av relasjonsbyggingsfasen. Du kan holde på å bygge relasjon i 2 år. Men vi er fremdeles der. Det er enkelte jeg får følelsen av at aldri kommer videre, de hadde tenkt det, men de synes liksom aldri de får god nok relasjon.

Hvordan kan man få en god relasjon, var et spørsmål som dukket naturlig opp under intervjuene. Våre informanter hadde alle sammen erfaring med at vi kunne lære oss å bygge relasjon ved å praktisere.

Anne sa følgende om dette:

Og hvordan bygger man relasjon? Da må man bruke alt man har lært i samtaleteknikk, empati, forståelse, å lytte, vise pasienten oppmerksomhet, du ER der med pasienten her og nå. Og da gjelder alle de små tingene som vi lærer i samtaleteknikk. Jeg svarer ikke på telefon når jeg sitter med pasienten, jeg åpner ikke døren hvis noen banker på. «Jeg er her for deg». Dette er ting pasienten må oppleve; jeg lytter, jeg prøver å forstå ham.

Som vi ser, la hun stor vekt på oppmerksomheten og forståelsen vi burde vise pasienten, og at dette kunne likestilles med «å gjøre noe», som flere av informantene pekte på som viktig for å bygge relasjon. «Du må jo GJØRE noe, så er relasjon mer konsekvens av andre ting. Og det er en prosess. Det er ikke bare sånn at du har en relasjon». Å gjøre noe, som vår informant sa, kan altså bli utgangspunkt for en

terapeutisk allianse. En annen informant sa at relasjon kunne også være en direkte konsekvens av utredning, fordi det dreier seg om å bli kjent med pasienten og at pasienten blir kjent med deg som terapeut.

Du finner helt sikkert eksempler på pasienter hvor du kan slite med å få en relasjon i det hele tatt i løpet av en to til tre ukers opphold [...] Men at du da prøver å utforske sammen med pasienten hvor er det trygt at vi kan snakke sammen, at du prøver å tilby hjelp på en del områder, vise at vi har en god intensjon. At ikke vi går og snakker kun om hvor opptatt vi er av å få god kontakt, og hvor mye vi bryr oss om deg, men vise det i handling på et vis. Tenke litt ukonvensjonelt, gå tur med pasienten, snakke, velge å møte de på rommet, hvis de føler seg tryggere der.

Pål sa også noe om det praktiske som vi kan gjøre med pasienten for å vise interesse og dermed skape grunnlag for relasjon:

Jeg tror hvis man gjør noe meningsfullt med pasienten og pasienten forstår hvorfor man gjør ting, så ville det komme et bånd mellom pasienten og terapeuten også [...]og gode behandlere får gode relasjoner fordi de gir god behandling, og når også pasientene merker at de begynner å føle seg bedre, så har de også en tendens til å gradere relasjon som bedre. Ikke sant? Så relasjon i seg selv er også vel avhengig av hvordan det går i behandlinga.

Pål var også veldig opptatt av at relasjonen måtte ha en klar hensikt, og dette var nært knyttet til det endringsarbeidet som han sa at KATp bør føre til: «Du *må* ha fokus på relasjon, du *må* ha fokus på forståelsen, du *må* ha fokus på endring. Ikke sant. Hele tiden. Jeg tror ikke du kan ta ut noen av de faktorene for seg selv». Med en terapeutisk allianse der pasient og behandler var enig om et felles mål for behandlingen, kunne endringsarbeide ifølge våre informanter bli et resultat av en god relasjon.

4.1.2 Møte pasienten der han er

Anne snakket flere ganger under intervjuet at vi måtte møte pasienten der han er: «Man er ofte utålmodig, man skal gjøre alt på en gang, men det er veldig viktig at man lener seg tilbake, og man møter pasienten der hvor han er». Anne brukte også flere gange uttrykket «ha lav intensitet i kognitiv terapi». Med dette forsto vi at det var spesielt viktig i forhold til når pasienten var i akutfasen at vi måtte være tålmodige og ikke intense i vår iver etter å komme i gang med KATp. «Bruk diamanten. Da møter du pasienten der han er. Hvis han senere kanskje blir bedre kan du komme med litt mer [...] Jeg husker en pasient som aldri brukte ABC-skjema eller stor kasusformulering, men hun brukte diamanten om og om igjen med alternative tanker».

Ifølge våre informanter kunne KATp tilpasses etter hvordan pasientene hadde det og hvor stort symptomtrykk de opplevde.

I en akutfase, så tenker jeg eneste pasientene trenger, det er masse støtte, få en god relasjon til å stole på personalet. Å bruke veldig mye tid på å gå inn med noe ABC da, ((smiler)) eller

noen av de andre kognitive teknikkene, tror jeg ikke hadde vært så innmari effektivt. Det er noe med å samle de først, hvis de er veldig oppløste.

Det kunne virke på noen av informantene at vi må være forsiktige med å starte for brått med KATp, men Pål sa at han ofte prøvde å gå rett inn på ABC-modellen med pasienter med psykoseproblematikk.

Jeg kan begynne, ett kvarter, jeg, med en psykotisk pasient, og begynne med ABC, *hvis han eller hun er der*. Men, det kan også gå tid, og jeg snakker masse om engelsk fotball og popgrupper og sånt, før jeg i det hele tatt begynner med kognitiv terapi [...] Men jeg tenker det blir så *veldig* individuelt, hvor de er hen.

Som vi ser, møtte han pasienten der han var, enten ved å snakke om trivielle ting eller gå rett på ABC-skjema. Pål ga oss et godt eksempel på hvordan en pasient hadde misforstått KATp selv om terapeuten trodde pasienten forstod:

En pasient som ble intervjuet rett etter å ha hatt den kognitive timen på en post, sa: «Ja, ja den kognitive terapi, det har jeg hørt om, det er det de rundt kongen i Oslo gjør, det!». Pasienten har ikke fått med seg noe av det som ble sagt om kognitiv terapi, for han er et helt annet sted. Ikke sant? Så det er noe med å møte dem der de er, som er viktig.

4.1.3 Strukturens betydning for individuelt tilpasset KATp

Individualisering og struktur var fenomener som gikk igjen flere ganger hos informantene, og gjenspeiler også noen av de spesielle prinsippene i KATp. Individuell tilrettelegging er viktig, det finnes ikke en mal som passer alle pasienter. Pål hadde mange tanker rundt det å legge til rette for en individuelt tilpasset behandling:

Jeg tror det er viktig å se hvor de forskjellige pasientene er i løpet. Individualisere det. Ikke tenke alle over en kam der. Men det ligger jo i kognitiv terapi at du ikke skal gjøre det også, du skal, på en måte, individualisere det.

Noen pasienter er – som nevnt tidligere - i oppløsning når de kommet til døgnpost. Psykosepasienter kan være plaget med positive og negative symptomer som gjør at de har mistet taket på livet en periode, og da var Jens opptatt av struktur i møtet med disse pasientene:

At man da tenker at: nå er målet bare for den pasienten å samle seg litt denne første uka. Og at vi får en god allianse, og så skal vi ikke lage noe kasusformulering, skal ikke aktivt gå inn og begynne å løse problemstillingen, eller noe sånt.

Anne sa noe liknende:

Når de er i akuttfasen, da bruker vi kanskje mer atferdsdelen av KATp. Det betyr at pasienten får struktur, det er nesten det eneste man gjør. Man har struktur omkring pasienten, man har lav intensitet i kognitiv terapi. Man går ikke så mye inn i tanker og følelser i denne fasen. For eksempel, hvis pasienten er oppløst, det er de mye, de er kanskje urolige, gråter, da bruker vi

struktur [...]Man hjelper pasienten å samle seg hvis han er veldig oppløst, og hvis han er lukket og tildekkende legger man mer vekt på empati.

Anne snakket om en oppveining mellom empati og struktur som vesentlig for behandlingen, og vi fant det interessant å høre hvordan miljøpersonalet måtte representere den strukturen som pasienten ikke hadde selv i en akutfase.

Noen ganger så vil jo et opphold i seg selv, med den strukturen og de rammene det gir, kunne føre til at pasienten samler seg uten at vi vet om det. Er det det vi har gjort som, genuint sett, som fører til det, eller er det like mye rammene? Det er jo litt tanken om det gamle asyltet som et sted hvor de liksom skulle være skjermet litt da, i fra ting som var stressende og skremmende.

Informantene sa mye om at strukturen vi ga pasientene kunne ramme dem inn og gi en følelse av trygghet, og at det var opp til oss å være bevisst på å vise trygghet og oversikt i en ellers kaotisk hverdag som en psykosetilstand kan være: «Husk at struktur gjør at pasienten føler seg mer sikker og trygg. De kommer til samtale på klokkeslett, og samtalen skal slutte da og da. Det gir en følelse av ramme». Informantene påpekte at det kan være lett i en døgnpost å snakke med pasientene i «tide og utide» fordi vi er så tilgjengelige i miljøet. Anne sa: «På en døgnpost er det lett for at det blir ustrukturert, vi tar en samtale her og der».

Si til pasienten «vi skal ha samtale tirsdag kl. 13.00». Også når pasienten stopper deg på gangen, da kan du si: «Vi har samtale tirsdag kl. 13.00, og da skal vi ta det opp, er det greit for deg?» Dette er en del av strukturen som gir pasienten sikkerhet: Det er noen der som er stabile, du er stabil fordi du sier dette.

Å vite lengden på et sykehusopphold kan også gi struktur for pasienten, og flere av informantene påpekte at det var nyttig i forhold til planlegging av hensikt med oppholdet at det ble satt en tidsramme tidlig – helst under innkomstsamtalen. Per hadde klare tanker om sine erfaringer rundt tidsaspektet:

Det må ikke bli sånn at vi må bruke 3 måneder mens vi holder på å finne ut alt mulig, det er det ingen grunn til, det er bare sendrektighet. Selvfølgelig vet en ikke all verdens med en gang, men hvis ikke du setter noe trykk på å skulle få vite, innhente nødvendige opplysninger, så drar det alt for mye ut i tid og det synes jeg skjer altfor ofte. Det er utrolig hva en ikke vet etter 2 måneder.

Vi spurte også om det er realistisk å forvente at man kan sette i system og bruke KAT i en allmenpsykiatrisk døgnpost med stor variasjon i pasientsammensetning. Svaret fra informantene var ganske entydig og bar preg av at vi alltid måtte tenke individualisering: «Jeg tror at man kan bruke kognitiv terapi i en døgnpost hvis den er tilpasset målgruppen og hvis man tar høyde for den differensieringen som er nødvendig hvis det er en sammensatt pasientgruppe».

Vi opplevde at tilpasning var svært viktig for at KATp skulle kunne tilbys pasienter i alle faser av sykdomsforløp. Slik vi forstod informantene la de alle vekt på at struktur og rammer hos personalet ville kunne gi en overføringsverdi for de dårligste pasientene ved at vi var tydelige på hva vi gjorde og sa. «Struktur, det vet vi hjelper ... Både indre og ytre, ikke sant? De er ustrukturerte, vi må strukturere rundt dem, for at de skal bli mere strukturert innvendig». Informantene sa på flere forskjellige måter at den kognitive terapiens struktur kan gjøre samtalene til nyttige prosesser når vi forstår å styre dem.

Jeg tenker at mye av kognitiv terapi, hele konseptet, er en styrende form for terapi. En kan ikke drive kognitiv terapi hvis pasienten skal styre hele samtalen. Da kommer du aldri i gang. [...] En må holde seg til en viss plan og mal. Noen ganger må du improvisere, det kan være en krise. [...] En får aldri til noe kognitiv terapi uten systematikk, det vil jeg påstå. Men så er pasientene veldig forskjellig. Noen prater nesten hull i hodet på deg, andre sier nesten ingenting.

I følge våre informanter kan en struktur der en har felles begreper og felles forståelse for betydningen av disse, skape et rammeverk som KATp kan bygges på.

Du fikk en samarbeidsstruktur, du fikk mer samarbeid mellom personale uavhengig av yrkesgrupper. Du fikk en felles måte å arbeide på, du fikk et *felles språk*, noe som jeg tenker er kjempeviktig. Uavhengig om du er hjelpepleier, sykepleier, eller psykolog, psykiater eller hva det er, det er *felles språk* å jobbe ut i fra. Veldig viktig, ikke sant?

Flere av informantene påpekte hvor nødvendig det var at vi kvalitetssikret vårt arbeide ved å snakke et språk pasientene kunne forstå. Som terapeuter måtte vi også regne med å bruke tid for at pasientene skulle få med seg informasjonen vi ga dem. «Det er viktig å ta litt om gangen. Og repetisjon, repetisjon. Jeg kan arbeide 1 måned med bare med få ting, jeg repeterer hele tiden».

I KAT brukes begrepet «sokratiske spørsmål» som et verktøy i samtaleterapien. Våre informant Jens sa at begrepene i KAT var nyttige om vi alle brukte dem i behandlingen, og at den sokratiske samtaleformen kunne gi undringen sin fortjente plass i språket. Flere av informantene sa at en undrende og nysgjerrig innstilling kunne gjøre enkle spørsmål til døråpnere ved at vi bevisst ikke avkrefter det pasienten har å si, men søker å forstå hva han egentlig sier oss Anne forklarte dette slik:

Man sier «kan det være sånn?» Det er alltid spørsmålet! Kan det være sånn? I henhold til kasusformulering skal vi alltid være sokratiske: er det andre måter å tenke på, kunne vi sett dette på en annen måte?

Jens snakket også om en felles holdning blant personalet: «Som kognitiv terapeut tror jeg er lurt å ha med seg selve holdningen i kognitiv terapi hele tiden: nysgjerrigheten, varmen. Sånne generelle ting og faktorer, sokratiske spørsmål og sånt, tror jeg er *veldig* lurt å ha hele veien».

En felles holdning ville ifølge informantene støtte opp om en strukturell terapeutisk atmosfære som kan gi pasientene nødvendig trygghet i døgnposten.

4.1.4 Normalisering og avstigmatisering gir håp

Å normalisere lidelsene til pasienter med psykose kan kanskje virke overflatisk, men flere av informantene var opptatt av at dette kunne bidra til avstigmatisering. Pål var også opptatt av at selv om psykoselidelser er stigmatisert er kanskje pasienten sin verste dommer:

Jeg tenker at det er så at den *verste* stigma for pasienter med en psykoselidelse, som hører stemmer og har vrangforestillinger, kommer ikke utenfra, selv om den kan være ganske ille [...] Det er en selv som er den store, stygge ulven. Det er det interne, indre selvedbedømmeren. Det er den som er den verste.

Han fortalte at han kunne ha pasienter som hadde vært til behandling for stemmehøring en periode som etter hvert sa at de hadde egentlig slitt med stemmer i mange år, men ikke tort å si det for da var de redd for å bli betraktet som gale. «Så de sitter inne med det selv, innmari sånn selvstigmatiserende». Psykoselidelser omtales ofte som alvorlige psykiske lidelser, men våre informanter sa noe om at dette kan bli et kunstig skille som ikke er bra for pasientene. Det å bli bra betydde ikke nødvendigvis at pasientene ble kvitt alle symptomer, men at de kunne leve godt *med* dem om de opplever kvalitet i hverdagslivet.

Pasienter med psykoselidelser sliter ofte med angst og depresjon som følge av lidelsene de opplever.

Det er også et kunstig skille når man snakker om alvorlige og lette lidelser, fordi hvis man går med ubehandlet depresjon, kronisk angstlidelse, så skaper det også ganske store problemer, både med arbeid, utdanning, familie og så videre. Så det skillet er litt kunstig.

Den samme informanten fortalte om pasienter som hadde fortalt at de kunne leve med stemmer og hallusinasjoner, men ikke med den tristheten og angsten som gjorde at de ikke kom seg utenfor stuedøra. Dette anslo flere av informantene at var nyttig for pasientene å snakke om, et fellesskap i de hverdagslige vanskelighetene som mange andre opplevde, som «bare» slet med angst og depresjon.

Jeg kaller ofte kognitiv terapi for transdiagnostisk. Det vil si at stort sett, så gjør du akkurat det samme, uansett hvilken type problem du behandler. Du tenker at det er sammenheng mellom tanker, følelser og atferd. Du har en ide at tanken er vedlikeholdende for enkelte typer følelser og atferd er også med på å vedlikeholde problemet. Så for eksempel ved angst, vi ser at unnvikelse er en sterk vedlikeholdende faktor for fortsatt å ha angst.

«Når det gjelder symptomene ved psykoser, gjelder normalisering, normalisering, normalisering».

Anne understreket dette nøye og snakket om dette i flere forbindelser ved psykoseproblematikk:

Hva er det som gjør at pasientene får det bedre? Jeg tror veldig mye av det er forståelse, å få psykoedukasjon, normalisering og forstå «hvorfor har jeg det som jeg har det»? Det er så stor del av det hele, for jeg kan sitte her og ha det så dårlig og jeg aner ikke HVORFOR jeg har det så dårlig. Da kommer alle tankene om at jeg blir gal, jeg dør og alt sånt. Men hvis jeg FORSTÅR hvorfor jeg har det som jeg har det, forstår hva det er i veien med meg, hva det er som skjer, da får jeg det bedre.

Anne snakket også om at vi kunne møte pasienter som ikke var interessert i KATp, og da var det viktig at personalet hadde skjema og kunnskap om KATp i hodet:

Det er også sånn når man møter pasienter som er utfordrende, det kan også være at pasienten ikke har noe tro på det du tilbyr. Da presser man ikke på. Da må man motivere og selge ideen, ikke pushe på, men da kan en bruke metoden nesten uten at pasienten vet det.

Dette syntes vi var interessant: at KATp kan brukes som en bevissthet hos terapeuten uten at han bruker alle de standardiserte skjemaene, men bruker potensialet i KATp fordi man tror at det er god behandling. Å formidle håp om at vi tror problemer kan løses kan styrke pasientens tillit til KATp, sa Pål:

Og den der forventingen også, om bedring, nå har vi det problemet der, dette skal vi løse, det er også innmari viktig. At det skaper en holdning hos personalet som bidrar til at de har tro på at du blir bedre. Ikke sant? Og det viser også studier, hvis miljøpersonalet tror at pasientene blir bedre, så kommer de seg også fortere.

Stemmehøring, som er svært stigmatisert, kan også normaliseres ifølge Pål:

Normalisering basert på stress og sårbarhetsmodellen pleier jeg å bruke. Jeg nevner ofte det eksemplet hvor de låste 10 studenter inn i et 37 graders rom og alle var psykotiske etter 10 timer. Så liksom: «Oi, andre kan ha det?! Det betyr at jeg ikke er helt gal. Det er håp for meg og.» [...] Hvis en pasient for eksempel hører at hvis man er utsatt for mye stress, så kan det faktisk hende hvem som helst at man kommer til å høre stemmer. Mange kjenner dette sikkert igjen fra stress situasjoner: når en ektefelle døde, en bestefar, så hørte kanskje bestemora han gå i døra. Feber, rus, kjente folk som hører stemmer. Disse www.stemmehører.no folka, ikke sant. Antony Hopkins, for eksempel, ikke sant. «Oi, hørte han stemmer?!» Og hvis du også begynner å høre stemmer; du er ikke *gal* for det!

Informantene våre snakket om at personalet måtte tro på KATp sine prinsipper og potensiale om de skulle bruke KATp, og mente at denne troen kunne formidle håp til pasienter som hadde mistet håpet. Å vite at det settes et mål for behandling, er å fremme håp i seg selv, skal vi tro Jens:

Det er ikke alltid symptomlette i seg selv som vil være det målet man skal bruke heller, det kan jo være like mye mestring, at man klarer å gjøre mer, på tross av symptomene. Det kan jo også ses på som en gevinst. At vedkommende har fått hjelp til å komme i gang med å jobbe videre med ting etter endt behandling inne på døgn, kan også være en gevinst.

Eller som en annen informant sa: «Fremskritt er ikke alltid å bli helt bra. Fremskritt kan være at pasienten satt 10 minutter i stuen, hvis han tidligere ikke kunne være der i det hele tatt. Og det er et stort resultat». Miljøpersonalet kan formidle tro på at pasientene skal bli bedre på tross av symptomer, flere av informantene mente at KATp kunne vekke håp hos pasientene ved at vi ikke konsentrerte oss om symptom, men funksjon:

Men endringen er: Jeg har angst men jeg takler den. Det er DET som skjer [...] Det er det samme med psykotiske symptomer. Stemmen er der, angsten er der, men jeg takler det [...] Jeg kan ha symptomene, jeg kan ha stemmer hele mitt liv, men jeg takler dem, de dempes, jeg bryr meg ikke om dem, de er der.

Gjennom KATp sine prinsipper om at økt funksjon var et mål på bedring, kunne personalet være med å veilede pasientene til å se det positive i endringsarbeidet.

4.2 Oppbygging av behandlingstilbudet skjer gradvis, gjennom liming av kunnskap

Dette funnet omhandler organisering og innhold i behandlingsopplegget på en allmenpsykiatrisk døgnpost, med utgangspunkt i at posten har sin teoretiske overbygning i KAT, en «kognitiv profil». Vårt fokus er knyttet til faglige spørsmål rundt dette tema.

4.2.1 Alle må ha grunnkompetanse i KATp, spesifikke teknikker læres ved erfaring

Det som gjennomgående kom fram når samtalen i intervjuene kretset rundt praktisk organisering, var at KATp som metode med sine spesifikke teknikker ikke er lett å få til, og at den krever en del kompetanse og erfaring. Rasjonalet i KAT kan fremstå forholdsvis enkelt å forstå, og prinsipper i KAT kan brukes av alle, men det var viktig å være klar over forskjellen mellom å bruke hovedprinsippene og å drive med terapi. Per har formulert dette slik:

Kognitiv atferdsterapi er en metode, men du skal være ganske bra dyktig for å få det til, ha den rette balansegangen, og ... du skal være grundig nok, det er ganske krevende. Det er såpass krevende at det viser seg at de resultatene de får i forskningsstudier ikke er like lette å omsette i klinisk praksis. Det tror jeg særlig gjelder på dette området med psykoser.

Dette innebærer at det bør finnes minst en eller flere personer i posten fra starten av som har mye kunnskap i KATp og generelt en god del erfaring i arbeid med psykoseproblematikk. Anne presiserte dette slik:

Jeg tror det er veldig viktig at hvis det er tilbud om kognitiv terapi så må det være fagfolk med kompetanse, som har studert kognitiv terapi, som har trening i det. Jeg kan ikke og vil ikke ha det sånn at de som ikke har utdannelse skal si at nå skal vi jobbe litt kognitivt, nei.

Kompetanse i KATp kom fram som tema uansett hvilken synsvinkel informantene hadde på mulighetene og utfordringene ved å organisere et behandlingstilbud. De var enige om at utvikling av tilbudet er en prosess med forskjellige utfordringer, men en gjennomgående rød tråd som førte til suksessfull organisering var gradvis og kontinuerlig utvikling av kompetanse. Dette kunne gjøres på den måten at den eller de på posten som har spisskompetansen i KATp underviser og veileder resten av personalgruppa. Poenget er at alle på posten som har med pasienter å gjøre blir inkludert, at man unngår, som Ole sa, at posten «ender opp med A- og B- lag». Kognitiv miljøterapi handler om teamarbeid, det er viktig at alle bidrar og alles bidrag er vesentlige.

Så finnes det faktisk en toårig utdanning, som først og fremst dreier seg mer om psykose i seg selv. Hvis man skal satse på psykose spesifikt så er det kanskje toårig utdanning som er best. Det betyr ikke at alle må gå der, men at alle som på en måte har befatning med kognitiv atferdsterapi må ha en viss grunnkompetanse. Så betyr det at noen av de som har tatt utdanningen kan undervise de andre, ikke sant?

Hele personalgruppa bør kunne det grunnleggende rasjonalet i KATp før man kan si at man har et tilbud med KATp på posten. Kompetansen kan med fordel utvikles underveis med intern undervisning og veiledning på eksempler fra daglig praksis.

For å få til dette, så må personalet ha evnen til å tenke på hvordan man kan anvende kognitiv atferdsterapi i de ulike settinga. Og det krever selvfølgelig en del kunnskap, en del trening, en del veiledning og en del forståelse av praksis, tenker jeg.

Kunnskap som personalgruppa allerede har om psykiske lidelser og om miljøterapeutisk arbeid bør legges vekt på og anerkjennes som et godt utgangspunkt for videreutvikling i spisskompetanse. Jens påpeker at undervisningen som personalgruppa får bør kunne oppleves anvendelig og ha grunnlag i praksis på posten:

Det er nok en fordel at den som skal undervise har jobbet med psykose, ikke bare generelt med kognitiv terapi, for det krever en viss tilrettelegging. Og det dummeste som skjer er hvis det liksom blir litt naivt, at enkelte av personalet opplever at «nei, du vet egentlig ikke hva du snakker om, dette vil jo ikke fungere i forhold til de pasientene vi har», og så videre. Det må være realistisk.

Derfor kan det være fordelaktig at den som underviser og veileder selv er en behandler på posten. Ole mener denne behandleren bør fungere som et fyrtårn siden det handler om å innføre noe nytt. Et fyrtårn lyser opp veien til en trygg havn og kan derfor være symbol på guide og mentor. Han anbefaler at vedkommende tydelig viser sin interesse for KATp og har motivasjon til å smitte denne interessen videre på personalet: «Så hvis man har ildsjeler, noen som har kompetanse, som kan videreføre det, gi kompetanse til andre i avdelingen eller foretaket, så er det utmerket. Det må være noen som vi kaller for fyrtårn.»

Alle informantene tok opp veiledning som noe uunnværlig både i utviklingsfasen og hvis man ønsket å vedlikeholde tilbudet. Veiledning fremheves som nødvendig både for utvikling av kompetanse og for bevisstgjøring av fokus på KATp. Ole: «Veiledning, det å kunne ha undervisning og internundervisning for å holde det ved like, det tror jeg er viktig». Jens: «Det er på en måte å ha fokus i arbeidet på avdelingen som er det viktige, veiledning fra andre som kan noe om det som er det viktige.» Pål: «Veiledning er innmari viktig. Veiledning av hele personalgruppen hyppig, og veldig hyppig i starten.»

Anne gir et eksempel på hvordan veiledning kan gjennomføres:

Veiledning og undervisning til de ansatte er veldig viktig. Vi har faglunsj en gang i uken. Da tar en av personale frem et emne, for eksempel kognitiv terapi ved stemmer, ved synshallusinasjoner, det er mange tema å ta opp, og dette hjelper de ansatte.

Videre kan man se i hvilken grad man vil legge opp til et integrert behandlingsopplegg, med både individuell terapi og kognitiv miljøterapi:

Spørsmålet er hvordan man skal gi kognitiv terapi i en allmenpsykiatrisk post, er det sånn at det skal være et miljøterapeutisk tilbud, at det gjennomsyrrer hele behandlingen, *eller* er det noe som skal være individuelt, en tradisjonell terapi hvor man kanskje får en behandling, en til to timer i uka av en psykolog eller psykiatrisk sykepleier. Så kan man integrere tradisjonell behandling med miljøterapi, så har man en kognitiv fokus over hele behandlingsforløpet.

Dette krever en god planlegging på forhånd, som igjen krever kompetanse.

Det som tenkes som viktig i forhold til miljøterapi implementering er hvor mye man skal implementere av kognitiv atferdsterapi. Det er også en grad av implementering, men man kan godt si at vi skal jobbe med kognitiv atferds- miljøterapeutisk perspektiv, men si at man gjør det, betyr ikke at man gjør det i det hele tatt.

Hovedbudskapet fra våre informanter er at det ikke er mulig å innføre alle teknikkene på en gang, men det er heller ikke nødvendig. Det viktigste er, som Pål uttrykte det, at hele posten «tenker kognitivt». For at dette skal kunne gjøres, er det ifølge våre informanter viktig at organisering av tilbudet er ledelsesforankret, og at man legger klare planer fra starten av basert på i hvilken grad man ønsker å implementere. Hvilken grad av implementering en bestemmer seg for, avhenger gjerne av ressurser posten har. Informantene mener at alle, både på systemnivå og individuelt, allerede har ressurser nok til å utvikle et bra tilbud med KATp.

Jeg tenker at alle sammen har ressurser, men spørsmålet er hvordan man organiserer ressursene. Mmmm ((bekreftende pause)). Og man kan ikke få til noe, hvis man bare sitter og venter på at noen skal gjøre noe. Så veldig mye handler om at man bruker ressursene fornuftig. Og ha en plan på hvordan man skal organisere det.

Som et beskrivende sammendrag på hvordan behandling med KATp kan organiseres og kvalitetssikres siterer vi en av våre informanter:

Det som er god behandling er at det er rød tråd, at det som foregår i individuelle samtaler er det samme som foregår i miljøet. Sånn at det er liming av kunnskap i forhold til at terapeuten vet hva som foregår i miljøet og miljøpersonalet vet hva som skjer i timene. Innenfor kognitiv terapi er det to ting man er opptatt av: en målliste, hva skal vi få til, og en kasusformulering, som er mer et kart over pasientens problemer. Jeg tenker at det som hadde vært det ideelle, er at det som blir snakket om i den individuelle behandlingen, blir til formulerte oppdrag i miljøet. Og at det som skjer i miljøet blir viderefremmet tilbake til behandleren igjen ((ivrig tonefall)). Sånn at man jobber sammen.

Heterogenitet av lidelsene i pasientgruppene var nevnt som størst utfordring når det gjaldt innholdet i det miljøterapeutiske tilbudet. En må ta hensyn til de spesifikke problemstillingene knyttet til forskjellige lidelser. Nysyke med positive symptomer og liten innsikt, har ikke godt av å være sammen med langvarig syke med mange negative symptomer.

For eksempel gruppebehandling, hvis du har personlighetsforstyrrelse av ustabil art og psykose, så vet vi at det ikke er fornuftig å sette dem sammen. Så det er på en måte utfordringer knyttet til heterogeniteten i psykiske lidelser, at man noen ganger må gi en spesifikk behandling, og noen ganger så kan man gi behandling som favner flere. Så, store utfordringer er da hvor mye man skal tilpasse den enkeltes problem, versus hvor mye man kan gi av noe som er felles, men likevel ha en effekt.

På spørsmål om hvordan man kan bruke KATp med tanke på samhandling med kommune og poliklinikk, så mener informantene at behandling med KATp bør ses på i et kontekstuell perspektiv for å ha nytte:

Det som er så viktig, tenker jeg, for behandlingen, er å finne ut hvorfor har denne personen de og de problemene basert på det miljøet man lever i, de personene man har rundt seg, og de vanskene man opplever, for på en måte å prøve og endre noe på faktorene her [...] Hvis ikke de har noe livsinnhold, hvis bosituasjon er vanskelig, som er for eksempel i strid med det vi vet om stress og sårbarhetsmodellen, så kan det bli ganske meningsløst. Så det er viktig å tenke helhetlig rundt det, å få til en dialog rundt det.

Tett samarbeid med kommunen er viktig og innebærer for eksempel gode kriseplaner og arbeid med tilbakefallsforebygging. Et godt samarbeid vil bidra til raskere innleggelse, konkret behandlingsplan og raskere bedring, dvs. utskrivelse. At man har en dialog og deler kunnskap med hverandre anses å være sentralt:

Det å si at nå skal vi jobbe med den og den type tilnærming på hele posten, det vil jeg tenke at ikke bare har betydning for posten, det har også betydning for dem som jobber med pasienten ute. Det skal være sammenheng i dette!

Pasienten bør få oppleve en kontinuerlig behandling på tvers av tjenestelinjene. Derfor vil bruk av KATp i behandlingen ha konsekvenser for oppfølging i form av ansvar for kontinuitet og helhet:

Det som jeg tror er det viktigste er at man får en behandlingsskjede der alle snakker noenlunde samme språk og har lik forståelsesmodell. Så ikke det blir sånn at pasienten og pårørende hopper fra person til person, instans til instans og det er helt nye måter å se det på, nye forklaringer. Det skaper forvirring og frustrasjon.

Jens påpeker ansvaret til spesialisthelsetjenesten i så måte:

Jeg tenker at i spesialisthelsetjenesten har ledelsen et ansvar for at man implementerer retningslinjer og at det ikke bare er inne på en døgnenhet at man har gjort dette. Hva med

poliklinikken, hva med de ambulante teamene, og så videre. At det er en helhet i måten vi tenker og jobber på, og skaffer den kompetansen man bør ha.

4.2.2 Kasusformulering - samarbeidshypotese og kvalitetssikring for pasienten

Vi stilte et åpent spørsmål til våre informanter om hvordan de så på bruk av Kasusformulering (KF) i posten, dens rammer og funksjon for psykosepasienter. Svarene handlet om tre ulike dimensjoner: KF er et utgangspunkt for å finne mål for behandling, den må lages i samarbeid med pasienten fordi den baseres på pasientens oppfatning av problemene, og den er ikke bare kartleggingsverktøy, men også et verktøy for endringsarbeidet.

Informantene påpekte at det er en vanlig misforståelse hos uerfarne kognitive terapeuter at man må få tak i kjerneoppfatninger og primære antagelser for å kunne legge opp til riktig tilnæringsmåte. Ved visse typer lidelser er dette kanskje et mål, men våre informanter erfarte at det som regel ikke er tilfelle hos mennesker med psykoselidelser.

Det er ikke viktig å prøve å finne ut av hvor problemene kom fra; det er uvesentlig! Og jeg tenker at det er et viktig prinsipp, eller hva skal jeg si for noe, en ide kognitiv atferdsterapi omhandler: du trenger ikke vite hvor brannen startet for å slukke brann. Ikke sant? Så i kognitiv atferdsterapi har man veldig mye fokus på de vedlikeholdende faktorene i forhold til problemene, så kan man enten bruke tid på å finne ut hvor det startet, men det er viktigere å få slukket brannen. Ikke bruke tiden for å finne ut hvor det startet for det hjelper visst ikke.

Pål fortalte om en studie med to grupper, hvor en av gruppene fikk utarbeidet fullstendig KF, og den andre gruppen hadde ikke KF. Resultatet av studien var at det å ha fullstendig KF viste seg å være mer nyttig for terapeutene enn for pasientene. Pasientene kunne ikke se forskjellen. Hensikt med KF er å samle informasjon som sier noe om hva som kan være mulige årsaker til symptomene, hva som kan være opprettholdende faktorer, og som kan gi en ide om hva vi kan gjøre for å redusere disse problemene. KF formuleres som en slags «grovtegning» i starten av behandlingen, som bidrag til raskere etablering av behandlingsplan for opphold. «Kasusformulering er et kjempegodt verktøy for å finne noen mål for hva man skal jobbe med! Det gir en slags oversikt over det man tenker seg er vedlikeholdende faktorer til problemet og mer beskyttende faktorer.»

Videre sier informantene at KF har sin verdi kun hvis den er laget i samarbeid med pasienten. Det er et mål i seg selv å lage KF slik at den øker pasientens forståelse for egne problemer, og at pasienten opplever den som sitt eget verktøy i bedringen. En fare består i å bli altfor opptatt av det metodologiske og glemme at KF handler om pasientens personlige historie: «En kasusformulering kan være et nydelig dokument, som ikke er verdt noen ting. Det er på en måte terapeuten som har vært flink og puttet inn en hel masse». Per sa følgende:

Noe av det du bør innom er opprinnelsen til å høre stemmer. Og da er du jo langt på vei til en kasusformulering. Den historien er såpass personlig, du kan ikke bare si at pasienten begynner å høre stemmer på grunn av det og det, du kan jo ikke lage noe generelt rundt det. Det er en personlig greie for hver enkelt. Omstendighetene rundt.

Siden pasienter med psykoselidelser ofte sliter med konsentrasjonsproblemer når de er i en dårlig fase, og mange av dem har ulik grad av kognitiv svikt, mener informantene at ABC-delen av KF vil være sentral i døgnpast. Det betyr med enkle ord at man skal jobbe med ubehaget som er skapt av negative tanker pasienten har rundt sine symptomer. Pål sier:» Jeg tenker at en ABC er en kasusformulering. Den er det innmari viktig at alle har.» Etter som samarbeidet og endringsprosessen utvikler seg, kan man jobbe videre med KF til man får ut hele bedringspotensialet.

Det som er veldig viktig er på en måte at kasusformulering er noe som skal gi et startpunkt for behandlinga, og så må man evaluere underveis i forhold til hvordan behandlingen går. Det kan hende at man har noen hull i kasusformuleringen som man gjennom samtale kan begynne å fylle inn, og kanskje endre på behandlingen, litt avhengig av evalueringen underveis. Det er veldig dynamikk i dette her.

Kasusformulering bør ses på som et dynamisk dokument som utvikler seg i takt med det relasjonelle endringsarbeidet. KF er ikke et statisk diagnostiseringsverktøy, ingen «empiri».

Det er ikke empiri. Det er at mange tenker det skal være rett eller feil, ikke sant? At det finnes ett rett svar, og hvis man da setter feil ting i feil boks, så betyr det på en måte at kasusformuleringen er feil.

Anne kaller KF en hypotese og bekrefter nytteverdien av å lage den sammen med pasienten. Ved å anse KF som en hypotese, en antagelse, kan man på en respektfull og empatisk måte åpne opp for at det kan finnes andre forklaringer for pasientens problemer enn det pasienten selv tror.

Når det gjelder kvalitetssikring av kasusformulering så er det viktig å tenke at kasusformulering er hypotesen, den er ALLTID hypotesen. Den er hypotesen jeg må hypotere sammen med pasienten min om. Kasusformulering er noe som kan endre seg hele tiden. Se på denne hypotesen, fordi man sier ikke at «sånn er det».

Det viktigste er at både pasienten, terapeuten og miljøpersonale som er involvert i behandlingen har samme forståelse av innholdet i KF.

Kasusformuleringen kan godt lages hos individualterapeuten, men da må den deles rundt, sånn at alle har den samleforståelsen, tenker jeg. Noe av poenget med kognitiv miljøterapi er at alle har den samme forståelsen av problemene, hvordan de har oppstått, hva som er grunn til det.

Sokratisk dialog og psykoedukasjon er en del av KF. Terapeuten undrer over pasientens opplevelse av problemer, viser empati, viser ønske om å forstå. Samtaleteknikken bidrar til å validere pasientens

formulering av problemene, dette bidrar til relasjonsbygging og åpner opp for en felles vurdering av mulige alternative måter å se problemene på. Anne sa:

Man validerer hans opplevelse, og sier at jeg forstår dette må være veldig vanskelig for ham. Jeg sier også at det er vanskelig for meg å forstå hvordan dette kan skje, jeg ER DER uten å si at det er helt riktig det pasienten sier.

5 DRØFTING

5.1 Kognitiv atferdsterapi som felles forståelsesgrunnlag i døgnpost

Det som fremkommer av våre funn som hovedbudskap fra våre informanter synes å være at KATp kan være en viktig teoretisk brobygger i forhold til å tilstrebe et helhetlig behandlingstilbud. Dette både innad i posten, for å knytte sammen forskjellige faglige tilnærminger til en enhetlig forståelse, men også ute, i pasientens levemiljø, for pasienten selv, og hans hjelpere. En enhetlig forståelse vil bety at man unngår farene ved å jobbe eklektisk, slik det fortsatt er vanlig ved mange døgnposter. Å jobbe eklektisk betyr at man samarbeider tverrfaglig og tar med flere ulike perspektiver i behandlingen etter en biopsykososial behandlingsmodell (Malt et al., 2003). Den medisinske og den psykodynamiske tilnærmingen utgjør gjerne grunnlaget for vanlig miljøterapeutisk praksis i postene. De ulike faglige tilnærmingene fortolker pasientens symptomer og problemer på ulike måter, hvor i verste fall det kan oppstå et rivaliserende forhold til hvilken løsning som er den mest riktige. Resultat av dette kan bli en flerfaglighet fremfor tverrfaglighet (Oestrich et al., 2006). Dette kan gi utslag i uklare behandlingsplaner og påvirke personalets holdninger og engasjement negativt. Måten personalet tenker på og holdningene de har, vil påvirke pasienten. Derfor er det viktig med et aktivt og reflektert forhold til sitt menneskesyn, syn på lidelser og pasientenes muligheter for bedring og utfoldelse (Fredheim, 2009). En enhetlig teoretisk overbygning i behandlingen på posten vil kunne bidra til denne bevisstgjøringen. Man kan stille seg spørsmål om hvordan en såpass spesifikk metodisk tilnærming med positivistisk vitenskapelig utspring kan romme så mye at den kan samle ulike faglige perspektiver under en felles forståelse. KATp har, som vist i teorikapittelet, et helhetlig og humanistisk menneskesyn, en normalpsykologisk forståelse av lidelsene, og bygger terapien på pasientens egen opplevelse av hvordan virkeligheten og livet er, og skal være. Meningen med terapien består i å hjelpe pasienten til å erfare at det finnes andre måter å forstå sin virkelighet på, uten fortolke og lede pasienten til å godta terapeutens forklaringer. Et eksempel på dette er kollaborativ empirisme: Terapeuten hjelper pasienten å teste sine negative antagelser og skape nye positive, mer hensiktsmessige erfaringer gjennom felles planlegging og utførelse av atferdsekspirimeter (Chadwick, 2009).

Vi erfarte gjennom våre intervjuer at informantene hadde mange felles opplevelser når det gjaldt mangel på en teoretisk overbygning ved døgnpostene. «Hvis man da har en teori som kan binde det sammen, så tror jeg det kan bli lettere å være pasient». Kunsten og fornøyelsen består i å integrere de forskjellige fagpersonenes innsats på en slik måte at pasienten føler at det handler om en behandlingsplan og en innsats (Oestrich et al., 2006).

Psykisk helsearbeid som kontekstuellet arbeid i moderne tid bygger sine prinsipper på et kunnskaps- og praksisfelt som skal forebygge psykiske lidelser, opplyse og informere, samarbeide og være åpne for pasientens livsberetninger samt jobbe aktivt for brukermedvirkning (Bøe & Thomassen, 2009). Det finnes flere felles verdier for KAT og psykisk helsearbeid, og helt konkret kan vi sammenfatte noen av disse slik: opplysning/psykoedukasjon, samarbeid/terapeutisk allianse, pasientens livsberetning/kasusformulering og brukermedvirkning. I de nasjonale retningslinjene for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser står det, som vi nevnte i kap. 1.1. om hensikt med oppgaven, at KAT bør tilbys pasienter med psykosesyntomer i alle faser av sykdommen (Helsedirektoratet, 2013). Imidlertid står det svært lite om hvordan dette skal gjøres i praksis på døgnpostene. For oss var det ikke enkelt å se hva en felles forståelse av en døgnpost konkret består av, hva posten skal tilby og hvordan man skal arbeide. Når problemløsning er et mål for behandling og terapeutene har felles forståelse for hvordan dette kan og bør gjøres, kan KAT fylle et tomrom for hvordan vi best kan arbeide for å nå målet som er satt for pasientopphold i døgnpost.

I datamaterialet fremkommer det flere konkrete forslag til hva som kan gjøres av miljøpersonalet for å skape en terapeutisk allianse, et samarbeidsprosjekt mellom pasient og personale. Allianse er et begrep som beskriver samhandlingen mellom terapeut og pasient som noe unikt og forpliktende for begge parter (Ulvestad, 2007). En god terapeutisk allianse i KATp er bygd på de samme grunnelementene som andre terapiformer; kompetanse, empati, omsorg, varme og hensynsfullhet (Chadwick, 2009). Dette er også noen av de verdier pasienter fremhever når de vil beskrive hva som kjennetegner en god terapeut; empati, forståelse, å lytte, være oppmerksom (Berge & Repål, 2008). Forskning viser også at man i det siste har fått økt fokus på implikasjoner av terapeutisk allianse i behandlingen med KATp (Sivec & Montesano, 2012). Dette er et verdigrunnlag som et teoretisk rammeverk i KATp kan støtte opp under og inspirere miljøpersonalet til å utvikle og styrke hos seg selv.

En bevissthet om innenfraperspektivet som en aksept for pasienten som ekspert på seg selv, kan være bærende element i en terapeutisk allianse i likhet med respekt og anerkjennelse (Topor & Grøtan, 2006). «Et hinder for en god relasjon kan være terapeutens egen frykt for at ikke behandlingen gir resultater», sa en av informantene. Den terapeutiske alliansen kan altså bli skadelidende om personalet i sin streben etter å se fremgang hos pasienten flytter fokus fra allianse til resultat. «Gode

behandlere får gode relasjoner fordi de gir god behandling, og når også pasientene merker at de begynner å føle seg bedre, så har de også en tendens til å gradere relasjon som bedre».

Torkil Berge og Arne Repål beskriver KAT som en terapiform med klare rammer og en lett forståelig oppbygning, basert på et samarbeidsprosjekt mellom pasient og terapeut (Berge & Repål, 2010). Alain Topor har kommet frem til at vennlighet er vesentlig i endringsarbeid og terapeutisk allianse uansett hva slags lidelse pasienten har (Topor & Grøtan, 2006).

I boken «Fra psykiatri til psykisk helsearbeid» kan vi lese om en type vitenskapelighet som er inkluderende og demokratisk og «som kan gi oss et språk som kan gi bedre samforståelse og dialog med dem som trenger hjelp» (Bøe & Thomassen, 2009, p. 88). Paul Chadwick skriver et kapittel om å møte pasienten, ikke problemet (Chadwick, 2009). Ole sa: «Jeg tenker på det som ligger i den kognitive terapien, ikke sant, at du skal samarbeide med pasienten på individnivå, du skal være med *den* pasienten, hva *denne* pasienten trenger hjelp til».

Språket er vårt verktøy når det gjelder å se og endre vårt forhold til oss selv, til de andre og til verden omkring oss, prinsipper som er vesentlige i KAT (Jordahl & Repål, 2009). Sokratiske spørsmål som samtaleteknikk i KATp kan føre oss nærmere en god subjekt-subjekt opplevelse om vi ser innenfrakunnskapen hos pasientene som en grunnpilar i vårt møte med dem (Bøe & Thomassen, 2009). Språket kan deles i fire funksjoner: Referensielt, generativt, kommunikativt og ekspressivt (Seikkula & Eliassen, 2006). Gjennom disse fire funksjonene skapes og konstrueres et budskap, et kroppsspråk og et ordvalg som kan gi oss tilgang til pasientens opplevelse av seg selv, av livet og verden omkring seg. Sokratiske dialog kan tenkes å ha de samme funksjonene. Chadwick skriver mye om at kommunikasjon handler om å sette pasienten i sentrum og bruke et klientsentrert språk (Chadwick, 2009). Dette felles språket kan vi få gjennomført i døgnpost ved å ha fokus på begrepsbruk i KAT. «Ved at vi er sensitive for hvilke ord vi benytter i vårt møte med pasienter med psykoselidelser, kan vi kanskje unngå å skape mer uro og mistanke enn de allerede har», sa en av våre informanter. Dette kan kvalitetssikres ved at terapeuter og miljøpersonell er oppmerksomme på at de og pasienten legger den samme betydningen i begrepene (Ulvestad, 2007). Det kan også være nødvendig å repetere det man ønsker å formidle mange ganger for å være sikker på at pasienten får informasjonen med seg. Repetisjon og struktur i samtalene gir føringer for språket – man har en plan for hvor man ønsker å komme i løpet av samtalene. KAT sin samtalestruktur handler om at personale og pasient er enig om et felles fokus og mål for samtalen (Chadwick, 2009). Det er personalets oppgave å styre samtalen, som Anne sa: «Samtidig som man er empatisk, er det sånn i kognitiv terapi at du har struktur i samtalen». Ved å benytte et bekreftende språk uten å snakke pasienten etter munnen, kan jeg vise at jeg er genuint opptatt av å forstå hvordan den andre har det (Chadwick, 2009). Sokratiske dialog og

veiledet oppdagelse er begreper som går hånd i hånd i KAT. Under veiledet oppdagelse søker du ikke å endre den andres meninger, men i samarbeid med pasienten utforske «pasientens nærmeste utviklingssone» (Chadwick, 2009, p. 54). Dette innebærer en forpliktende åpenhet i kommunikasjon mellom pasient og terapeut.

Behandlingskulturer på døgnposter ble løftet frem av våre informanter som svært vesentlig i behandlingen av de mest sårbare pasientene. I Ragnfrid Kogstad og Kåre Hummelvoll sin artikkel om brukererfaring innenfor forskjellige behandlingskulturer i psykisk helsearbeid, kommer det frem at der pasientene var utelukket fra behandlingsbeslutningene svekket det den terapeutiske alliansen og endringsprosessene i vesentlig grad (Kogstad et al., 2009). En dialogisk kultur i avdelingene ga pasientene tilhørighet til egen recovery på en helt annen måte enn der monologisk kultur var gjennomgående. I KATp er psykoedukasjon, kontekstuell forståelse og omsorg løftet frem som bærende elementer i en god behandlingskultur, og pasientene som ble intervjuet i denne artikkelen kunne fortelle hvordan de på bakgrunn av dette hadde blitt i stand til å etablere tillit til andre og til seg selv gjennom disse verdiene (Kogstad et al., 2009). Kjersti Fredheim skriver i sin artikkel om implementering av KAT i akuttpost at terapeuter må veksle mellom å være empatiske og realistiske empirister, og at det er vesentlig for en god kognitiv terapeut at han mestrer begge kvalitetene (Fredheim, 2009).

Av våre informanter ble normalisering av psykiske lidelser fremhevet som viktig for formidling av håp om et bedre liv og svakere symptomtrykk. Vi kan normalisere hvordan angst og depresjon er en naturlig reaksjon på en uvanlig og uoversiktlig livssituasjon. Per sa: «Det er ikke bare snakk om psykisk sykdom, det er snakk om mennesker som hele tiden kommer opp i uvanlige livssituasjoner. Og livskriser er jo mer eller mindre grader av livssituasjoner». Her ser vi at livskrisene som utløser forskjellige symptomer er noe alle mennesker opplever i mer eller mindre grad. Stress- og sårbarhetsmodellen er en biologisk måte å forstå psykose på, mens KAT er tuftet på det symptomfokuserede paradigmet (Berge & Repål, 2010). Basert på dette kan vi forstå psykose som en samling av symptomer, noe pasienten trenger hjelp å forholde seg til. Her kan «diamanten» være et nyttig verktøy i KATp. «Diamanten virker så enkelt, og kan være så effektiv», sa Anne. Det handler om at du ønsker pasienten skal få se hva som er tanker, hva som er følelser og hva som er adferd, og hvordan disse påvirker hverandre og kan forsterke problemene. Og dette er noe vi alle kan ha bruk for i hverdagslivet, det er gjenkjennbart for alle, og dermed avstigmatiserende for pasientene. Og når en pasient og terapeut kan snakke sammen om noe de kan kjenne seg igjen i, kan dette gi økt selvtillit og mindre angst i seg selv (Solbjør & Kleiven, 2013).

Kognitiv omstrukturering av negative tankemønstre kan skje i pasientens liv ved å lære og anvende kognitiv modell, som gir et godt utgangspunkt for endringsarbeidet (Simonsen, 2007). Dette er

elementer i KATp som våre informanter anså som effektive og pasientvennlige, og som gir håp fordi pasienten også får et verktøy å bruke etter utskrivelse. Å normalisere at vi mennesker er et produkt av våre erfaringer, kan føre til økt mestring og bedre selvfølelse for pasienter med psykosesymptomer (Ulvestad, 2007).

5.2 Oppbygging av behandlingstilbudet skjer gradvis, gjennom liming av kunnskap

En måte å benytte KATp sine prinsipper og potensiale i etableringen av behandlingsopplegget handler om å bygge opp et kognitivt miljøterapeutisk tilbud på posten. Som sentrale tema i dette funnet fremkommer utvikling av kompetanse i KATp, oppbygging av et miljøterapeutisk team og graden av implementering av KATp. Kognitiv kasusformulering (KF) forstås som et utgangspunkt for kognitiv behandlingsplan, og utgjør et verktøy som binder sammen pasientens personlige historie med individuelle kognitive endringsstrategier. Informantene er enig i at an ABC-modell ofte vil være god nok KF for pasienter med psykoselidelser, uten at man må få tak i kjernetetro. De advarer mot teknifisert bruk av KF, så vel som andre skjemaer i KAT. Dette fører til fremmedgjøring og objektivisering av pasienten og skader den mellommenneskelige relasjonen, noe Hans Skjervheim kalte for «et instrumentalistisk feilgrep» (Skjervheim, 1996). Dessuten ser ikke informantene stor nytte av å lete etter årsaker til pasientens problemer fra langt tilbake i tid, de fremstår mer opptatt av å se etter vedlikeholdende faktorer. Chadwick skriver at det kan skape sterke negative emosjonelle reaksjoner hos pasienter å få sitt liv skissert med bokser og piler, og med fokus kun på problemer. Å se at problemene startet tidlig i livet, kan hos noen forårsake sorg og en følelse av håpløshet for fremtiden (Chadwick, 2009).

Det fremheves som viktig for utvikling av et kognitivt behandlingsmiljø at alle som jobber med pasienten har grunnleggende kompetanse i KATp. Det bør samtidig være en eller to som har spisskompetanse i KATp. Slik det er i dag med tanke på generelt faglig kompetansenivå og de ulike faglige rollene i et tverrfaglig team på posten, vil det være naturlig at disse er postens psykiater og psykolog. I Danmark, hvor kognitiv miljøterapi har vært praktisert i flere år, anses kognitiv terapi å være en spesialisering i psykoterapi, og det er dermed kun psykologer og psykiatere som kan ta selvstendig ansvar for psykoterapeutiske forløp. Annet personale kan spesialiseres i kognitive metoder og delta i behandlingen (Oestrich et al., 2006). Slik er det også i Norge. Nasjonalt Institutt for Kognitiv Terapi (NIKT) står for utdanning av helsepersonell hvor det organiseres separat en toårig videreutdanning i KAT for leger og psykologer og en ettårig utdanning i to trinn for annet helsepersonell (www.utdanning.kognitiv.no). Forskning viser også at KATp kan læres og benyttes av for eksempel sykepleiere, sosionomer og psykiske helsearbeidere i kommunale tjenester (Turkington et al., 2014).

Funn tilsier at en gradvis og kontinuerlig kompetanseutvikling er en viktig faktor for suksessfull organisering av det miljøterapeutiske tilbudet. Informantene foreslår at den eller de av personalet på

posten som har spisskompetanse underviser og veileder resten av gruppen. Dette begrunnes med fordeler ved å kjenne til faktorene som har betydning for meningsfull veiledning, som for eksempel tradisjon med praksisen på posten, pasientsammensetning, faglige ressurser og lignende. Undervisningen skal ta utgangspunkt i den kunnskap og erfaring som eksisterer fra før for å kunne oppleves realistisk og anvendelig på posten. Behov for hyppig veiledning, særlig i begynnelsen, poengteres flere ganger i datamaterialet vårt som noe av det mest essensielle. Meningen med veiledning er utvikling av kunnskap på bakgrunn av reelle utfordringer som oppstår i praksis, men også trening i det å ha kognitivt fokus. «Å tenke kognitivt», som Pål sa, innebærer at all kommunikasjon på posten, både verbal og nonverbal, følger de kognitive prinsippene (Oestrich et al., 2006). Veiledningen bør i så fall handle om refleksjon over hvordan anvende kognitiv tenkning i kommunikasjon og samhandling med pasientene. Det er viktig at refleksjoner og tilbakemeldinger fra veileder og resten av personalgruppen foregår etter de kognitive prinsippene: med en åpen og likeverdig dialog uten fortolkning av det som sies, men heller undring og interesse for ytterligere utdypning og avklaring (Oestrich et al., 2006). Noe av hensikten med en intern veileder vil følgelig også kunne være å vekke engasjement og motivasjon hos personalet til å lære seg en ny tilnærming. Som en av våre informanter sa, ønsker man ikke å «ende opp med et A- og B- lag». Det vil si at det er viktig å anerkjenne alles innsats som likeverdig. Det å lære seg ny metode å tenke og jobbe på, kan oppleves krevende og i verste fall føre til diskusjoner og negative holdninger blant deler av personalet. Noen forstår og lærer seg rasjonalt i KAT fort, som en av informantene sa: «fordi det faller dem naturlig, som en del av personligheten», mens andre trenger mer oppmuntring og veiledning. Målet er å oppnå en felles tro på KATp som noe bra for våre pasienter, og noe vi ønsker å gjennomføre (Oestrich et al., 2006). Derav behovet av at veilederen oppleves troverdig, kompetent og engasjert: kunne fungere som «et fyrstårn» overfor postens miljøterapeutiske team, slik en av informantene metaforisk uttrykte det. Med felles mål i fokus, vil en kontinuerlig dialog og respektfull benyttelse av hverandres tverrfaglige kunnskap, bidra til utvikling av god praksis. Ole: «Det som er god behandling er at det er rød tråd, at det som foregår i individuelle samtaler er det samme som foregår i miljøet, sånn at det er *liming av kunnskap*». Metodiske ferdigheter i KATp kan ifølge informantene utvikles gradvis ved erfaring og refleksjon.

Jørn Lykke beskriver tre modeller for utdanningsstrategi (Oestrich et al., 2006). Den første handler om å ha en intern veileder, noe som er økonomisk gunstig, og gir mulighet til rask introduksjon av KATp i posten. De andre to modellene består henholdsvis i at undervisningen foretas av en ekstern kognitiv veileder, og at undervisningen foregår utenfor posten. Fordelene ved å ha en ekstern veileder består i at vedkommende ofte vil ha større kompetanse i KATp fordi det er logisk å velge noen på grunn av ekspertise. Ulempen består i at tilgang til vedkommende vil være begrenset med hensyn til stort veiledningsbehov, særlig i oppstartfasen, og at vedkommende ikke har noen faktisk innflytelse på

organisering av tilbudet på posten. Undervisning utenfor posten vil som regel innebære tilsvarende utdanning i regi av for eksempel NIKT. Dette er bra med hensyn til å kunne oppdateres i den nyeste og beste kunnskapen innen KATp, men vil ha en ulempe ved at det er økonomisk kostbart. Likevel er det ønskelig at i hvert fall behandlerne ved posten får tilbud om dette. Disse tre modellene har best uttelling dersom man har mulighet til å kombinere dem (Oestrich et al., 2006).

Informantene presiserer gjentatte ganger at det er viktig å være seg bevisst hvilken grad av implementering man velger. De går imidlertid ikke nærmere inn på hvilken grad av implementering de selv vil anbefale. Som nevnt i teorikapittelet finnes det fem forskjellige implementeringsmodeller. Ved nærmere gjennomgang av beskrevet innhold i modellene, kan det virke som at våre informanter veksler implisitt mellom to modeller: Helhetsmodellen og tilføyesmodellen. Forskjellen mellom de to er vesentlig. Helhetsmodellen innebærer omfattende konstruering av hele miljøet etter kognitive prinsipper. Alt personell skal ha kompetanse i KATp og bruke det konsekvent i daglig arbeid. Alle pasientene uansett type lidelse tilbys KAT behandling, slik at tiltak og aktiviteter, samt samtaleterapi, skal gjøres etter de kognitive prinsippene. Tilføyesmodellen innebærer derimot at KAT innføres i den eksisterende miljøterapien ved posten, som spesielle pasientforløp, aktiviteter, gruppebehandling, psykoedukasjonsgrupper og lignende (Wright et al., 1993). Denne modellen krever ikke like stor omorganisering av tilbudet, og vil være mer robust i forhold til bruk av personalressurser. Utskifting av personalet, sykemeldinger og bruk av vikarer vil gjøre helhetsmodellen mer sårbar med tanke på opprettholdelse av forventet kvalitet ved tilbudet. Likevel er denne modellen tenkelig som et ideal for kognitiv miljøterapeutisk virksomhet. Våre informanter påpeker utfordringer knyttet til både personalressurser og heterogenitet av pasientgruppa. Samtidig mener de bestemt at det handler mer om riktig fordeling av ressurser og vilje hos personalet til å gjøre en innsats, enn mangel på ressurser: «Man kan ikke få til noe hvis man bare sitter og venter på at noen skal gjøre noe». Organisering av og innhold i tilbudet etter prinsippene til KATp er en prosess som bør være nøye planlagt på forhånd. For at KATp skal kunne utvikles og vedlikeholdes, må posten ha full støtte av ledelsen, så høyt i sykehusets ledelseshierarki som mulig (Oestrich et al., 2006). Ideelt sett mener våre informanter at tilbudet etter hvert burde utvides til å omfatte hele DPS.

Kontekstuell tilnærming til pasientens problemer krever at posten samarbeider tett med pasientens kontakter i kommunale tjenester og ambulant team. Dette samarbeidet kan være gjensidig nyttig. Informantene påpeker at gode kriseplaner bidrar til raskere intervensjon, som kan bety at pasienten blir innlagt før han/hun rekker å bli svært dårlig. Da vil pasienten muligens være mer tilgjengelig for å nyttiggjøre seg av kognitiv miljøterapi og ABC- modellen. Samtidig vil man raskere kunne vende fokus mot pasientens sosiale levemiljø, for å se hvordan behandling under innleggelse kan hjelpe med å endre de faktorene som har gjort at pasienten ble dårlig i utgangspunktet. Dette i henhold til

hovedprinsippet for lokalbasert psykisk helsearbeid, som sier at endring bør skje i den konteksten der pasienten lever sitt liv (Bøe & Thomassen, 2009). En kan tenke seg at det vil være liten nytte av atferdsekspesimenter som ikke har forankring i pasientens hverdag. Dialog og utveksling av kunnskap mellom pasienten, terapeutene i posten og kontaktene i kommunen står sentralt i dette arbeidet. Informantene mener at pasienter som har hatt nytte av KATp og lært seg å bruke kognitive teknikker ved psykoedukasjon, bør kunne få samme oppfølging etter utskrivelse. Igjen er respektfull dialog med kommunen viktig for å finne gode løsninger ut ifra tilgjengelige ressurser både fra DPS og kommunen. Ifølge Veilederen for distriktpsikiatriske sentre har DPS veiledningsplikt overfor kommunen, men kunnskap skal overføres begge veier mellom likeverdige parter (Helsedirektoratet, 2006). Å finne gode løsninger for pasientens beste er med andre ord et felles ansvar.

6 KONKLUSJON

Potensialet for benyttelse av KATp ved allmenpsykiatriske døgnposter synes å være stort. Denne studien berører bare noen aspekter ved det. KATp som en felles teoretisk overbygning i posten vil av flere grunner representere et godt utgangspunkt å møte pasientene med. Både det teoretiske rasjonale og metodene fremmer pasientenes engasjement i egen behandling og med dette tilpasning av behandlingen til å møte pasientene på egne premisser. Strukturen i terapien er løsningsorientert, fremtidsrettet og med fokus på pasientens ressurser. Metodene gir verktøy som er tuftet på kunnskap og som kan bidra til en målrettet og meningsfull opplevelse av den miljøterapeutiske strukturen både for pasienten og personalet. Heterogenitet i lidelsene hos pasientgruppen utgjør en utfordring, men den er ikke uoverkommelig, idet KATp tilbudet kan organiseres på flere ulike måter og terapiformen i seg selv fremstår fleksibel og personbasert. KATp fremstår inkluderende overfor annen faglig kunnskap, den kan kombineres med både medisinsk tilnærming og andre psykososiale tilnærminger, idet KATp sin teori baseres på normalpsykologiske prosesser som påvirkes av den konteksten et menneske lever i. Dette utgjør en styrke og synes å være et godt utgangspunkt for postens samhandling med resten av tjenesteapparatet rundt pasienten.

En av de største utfordringene for organisering av tilbudet kan være å vekke engasjement og motivasjon i personalgruppen til å samles under og jobbe ut ifra en enhetlig teori. Derfor kreves det at ideen og planen for organisering og utvikling av tilbudet er ledelsesforankret på høyest mulig nivå. Det er av vesentlig betydning å ha en god og langsiktig plan på forhånd. Ressursene som kreves til kompetanseutvikling finnes allerede i helseforetakene og gjennom Norsk Forening for Kognitiv Terapi.

Denne studien er liten, men gir likevel noen implikasjoner for hvordan potensiell nyttiggjørelse av KATp kan forstås i allmenpsykiatrisk døgnpostsammenheng. Disse implikasjonene stammer fra ekspertenes

teoretiske kunnskap og mangeårig erfaring på fagområdet. Forskningslitteraturen er rik på kvantitative studier om effekter og virkningsområder. Det som imidlertid virker å være en mangelvære i forskningslitteraturen er detaljrik kunnskap om pasienterfaringer med KATp og i særlig grad med kognitiv miljøterapi. Det er mange fenomener som hadde vært interessant å belyse i så måte, som for eksempel mulig innflytelse av KATp når det gjelder recovery prosesser, sosial trivsel i tilværelsen, opplevelse av maktforhold mellom pasienten og tjenesteytere, og brukermedvirkning.

Referanseliste

- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2nd ed.)*. New York, NY: Guilford Press; US.
- Berge, T., & Repål, A. (2008). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T., & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen - lær deg kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berry, C., & Hayward, M. (2011). What Can Qualitative Research Tell Us about Service User Perspectives of CBT for Psychosis? A Synthesis of Current Evidence. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(4), 487-494. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465811000154>
- Borg, M., & Topor, A. (2007). *Virksomme relasjoner : om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser* (2. rev. utg. ed.). Oslo: Kommuneforlaget.
- Brockman, R. D., & Murrell, E. B. P. M. (2015). What Are the Primary Goals of Cognitive Behavior Therapy for Psychosis? A Theoretical and Empirical Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 29(1), 45-67.
- Burns A.M.N., E. D. H., Brenner C.A. . (2014). Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychosis: A meta-analytic review. . *American Psychiatric Association*, 65(7), 880.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2009). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid : om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Chadwick, P. (2009). *Personbasert kognitiv terapi ved psykoser*. Trondheim: Tapir Akademisk forlag.
- Cullberg, J., Kjær, R., Nilsen, L., & Bureid, G. (2005). *Psykoser : et integrert perspektiv* (2. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Fredheim, K. N. (2009). Implementering av kognitiv miljøterapi i akuttpost i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 6.
- Harding, C. M. (1988). Course Types in Schizophrenia: An Analysis of European and American Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 14(4), 633-643.
- Helsedirektoratet. (2006). Distriktpsikiatriske sentre : med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggenVeileder / Sosial- og helsedirektoratet. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2013). Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser. In h. Sosial- og (Series Ed.) Nasjonale faglige retningslinjer / Helsedirektoratet. Oslo: Helsedirektoratet.
- Jordahl, H., & Repål, A. (2009). *Mestring av psykoser - Psykososiale tiltak for pasient, pårørende og nærmiljø*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kilbride, M., Byrne, R., Price, J., Wood, L., Barratt, S., Welford, M., & Morrison, A. P. (2013). Exploring Service Users' Perceptions of Cognitive Behavioural Therapy for Psychosis: A User Led Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(1), 89-102. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465812000495>
- Kogstad, R. E., Hummelvoll, J. K., & Eriksson, B. G. (2009). User Experiences of Different Treatment Cultures in Mental Health Care. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 11 (2), 14.
- Krakvik, B., Grawe, R. W., Hagen, R., & Stiles, T. C. (2013). Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms: a randomized controlled effectiveness trial. *Behav Cogn Psychother*, 41(5), 511-524. doi: 10.1017/s1352465813000258
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Larsen, E., Nordal, A., Aasheim, F., & Sosial- og, h. (2006). Brukermedvirkning - psykisk helsefeltet : mål, anbefalinger, og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helseRapport / Sosial- og helsedirektoratet. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.

- Malt, U. F., Retterstøl, N., & Dahl, A. A. (2003). *Lærebok i psykiatri* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring* (3 Ed. 3. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Montesano, V. L., Sivec, H. J., Munetz, M. R., Pelton, J. R., Turkington, D., Cook, J. A., & Mueser, K. T. (2014). Adapting Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis for Case Managers: Increasing Access to Services in a Community Mental Health Agency. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37(1), 11-16. doi: 10.1037/prj0000037
- Morrison, A. P., French, P., Stewart, S. L., Birchwood, M., Fowler, D., Gumley, A. I., . . . Dunn, G. (2012). Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis: multisite randomised controlled trial. *Bmj*, 344, e2233. doi: 10.1136/bmj.e2233
- Oestrich, I. H., Holm, L., & Austin, S. (2006). *Kognitiv miljøterapi : at skabe et behandlingsmiljø i ligeværdigt samarbejde* (2. udgave. ed.). København: Dansk psykologisk forlag.
- Seikkula, J., & Eliassen, H. (2006). *Reflekterende prosesser i praksis : klientsamtaler, veiledning, konsultasjon og forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Simonsen, I. (2007). Kognitiv miljøterapi i et erfaringslæringsperspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 9.
- Sivec, H. J., & Montesano, V. L. (2012). Cognitive behavioral therapy for psychosis in clinical practice. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 49(2), 258. doi: 10.1037/a0028256
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays* ([Ny utg.] ed.). Oslo: Aschehoug.
- Solbjør, M., & Kleiven, H. H. (2013). *Kognitiv miljøterapi : forskningsbasert kunnskapssammenstilling Rapport* (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid : trykt utg.), Vol. nr. 3/2013.
- Topor, A., & Grøtan, A. (2006). *Hva hjelper? : veier til bedring fra alvorlige psykiske problemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Turkington, D., Munetz, M., Pelton, J., Montesano, V., Sivec, H., Nausheen, B., & Kingdon, D. (2014). High-yield cognitive behavioral techniques for psychosis delivered by case managers to their clients with persistent psychotic symptoms: An exploratory trial. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(1), 30-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0000000000000070>
- Ulvestad, A. K. (2007). *Klienten - den glemte terapeut : brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate : models, methods, and findings*. Mahwah, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Wright, J. H., Thase, M. E., Ludgate, J. W., & Beck, A. T. (1993). The cognitive milieu: Structure and process *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu* (pp. 61-87). New York, NY: Guilford Press; US.

Vedlegg 1: NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Postboks 1047 Blindern
N-0316 Oslo
Norge
Tel: +47 22 82 21 11
Fax: +47 22 82 54 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Orgnr: 969 421 884

Erna Ulland

Institutt for psykososial helse Universitetet i Agder

Serviceboks 422

4604 KRISTIANSAND S

Vår dato: 28.10.2014

Vår ref: 40060 / 3 / JSL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 29.09.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

40060	<i>Hvordan kan kognitiv atferdsterapi gjøres mer tilgjengelig for pasienter med psykoselidelser i dårlige faser av sykdommen? En kvalitativ studie om implementering av kognitiv atferdsterapi i behandlingstilbud ved llimenpsykiatriske døgnavdelinger.</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Erna Ulland
Student	Zeljka Cvetkovic

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Juni Skjold Lexau

Kontaktperson: Juni Skjold Lexau tlf: 55 58 36 01

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Arkivgjeldning i DocuSign

OMD: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1047 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47 22 82 21 11. nsd@nsd.uib.no
NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 81 15 11. kjartan.sandness@ntnu.no
NSD: NSU, Universität, 7000 Trondheim. Tel: +47 73 51 43 00. nsd@nsd.uib.no

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

"Kognitiv atferdsterapi ved psykoser og behandling i allmenpsykiatrisk døgnpost"

Hensikten med denne studien er å vinne ny kunnskap om hvorvidt og hvordan det er mulig å implementere kognitiv atferdsterapi ved psykoser (KATp) som en likeverdig del av behandlingstilbudet ved allmenpsykiatriske døgnavdelinger.

Nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser anbefaler at KATp bør være en del av en individuell tilpasset behandling til pasienter med psykotiske symptomer i alle behandlingsfaser (Helsedirektoratet, 2013). Samtidig ser det ut til at tilbud om behandling med KATp ved psykiatriske klinikker i Norge er fortsatt begrenset og gis stort sett i poliklinisk sammenheng.

Denne studien er en masterstudie, en del av Masterutdanning i Psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder. Veilederen for studien er Erna Ulland, førstelektor ved Institutt for psykososial helse, UiA.

Studien er kvalitativ og med følgende hovedproblemstilling:

*Hvordan benytte den kognitive atferdsterapiens prinsipper og potensiale i etableringen av
behandlingsopplegg for mennesker med psykoselidelser i allmenpsykiatrisk døgnpost?*

Hva innebærer deltakelse i studien?

Vår forespørsel gjelder din deltagelse i et intervju. Intervjuet vil være semistrukturert, og vare ca 1-1/2 time.

Vi trenger 4-5 intervjuer med klinikere som har erfaring med KATp i behandling av personer plaget av psykosesyntomer.

Målet med intervjuet er å finne ny kunnskap på bakgrunn av forskning sammenlignet med, og utfordret av deres faglige skjønn og erfaring.

Norsk Forening for Kognitiv Terapi har vært vår kilde til utvalg av personer til intervjuet.

Intervjuguide er foreløpig ikke utarbeidet, idet vi nettopp har begynt med vårt arbeide. Noen forskningsspørsmål vi sitter med i utgangspunktet er følgende:

Kan tilbudet om behandling med KATp ved allmenpsykiatriske døgnavdelinger standardiseres gjennom retningslinjer for metodebruk, miljøterapeutiske tiltak, gruppeterapitilbud og lignende?

På hvilken måte kan man samtidig kombinere individuell samtalebehandling, også med tanke på behandlingskontinuitet for pasienter som allerede går i KATp- behandling i poliklinisk sammenheng? Hva med kommunen, kan man bruke KATp aktivt i samhandlingsprosessen for å forebygge tilbakefall hos pasienter som ikke har poliklinisk oppfølging etter utskrivelse? Målet vil være å optimalisere pasientens sjanser for bedring ved å bruke anbefalte kombinasjoner av evidensbaserte praksisformer ikke bare i poliklinisk sammenheng, men også under innleggelse, når pasientene befinner seg i en dårlig sykdomsfase.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det vil bli laget lydopptak av intervjuene, ikke video, og det vil bli oppbevart og behandlet trygt, på lokale dataenheter. Alle opplysningene blir anonymisert. Tilgang til opplysningene under bearbeiding vil kun vi to studentene som gjennomfører studien og vår veileder ha.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.05.2015. Etter avsluttet prosjekt vil all data samlet under intervjuene destrueres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, kan du ta kontakt med:
Marit Skreosen Fuglset, masterstudent, marits13@student.uia.no, mobil: 982 43 800
Zeljka Cvetkovic, masterstudent, zeljkc13@student.uia.no, mobil: 472 529 57;
Veileder Erna Ulland, erna.ulland@uia.no, mobil: 906 96 201.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide til masteroppgave

Problemstilling:

Hvordan benytte den kognitive atferdsterapiens prinsipper og potensiale i etableringen av behandlingsopplegg for mennesker med psykoselidelser i allmenpsykiatrisk døgnpost?

Intervjuspørsmål:

- Kan du si litt om din utdanning, yrkeserfaring, faglig bakgrunn?
- Du har jo sett vår problemstilling, hva vi ønsker å få svar på. Dette innebefatter alle former for kognitiv atferdsterapi ved psykoser (KATp) til pasienter i allmenpsykiatrisk døgnpost.
 - Hvor lenge har du arbeidet med kognitiv terapi for psykoser?
- I følge retningslinjene fra helsedirektoratet er KATp anbefalt å tilby pasienter med psykose i alle behandlingsfaser. Hvordan tror du ut i fra din kliniske erfaring og skjønn at KATp passer inn i en allmenpsykiatrisk døgnpost i dagens psykiske helsevern i Norge?
 - Hvordan kan KATp bidra positivt for pasientenes bedring i sammenligning med kun tradisjonell behandling?
 - Hvordan kan KATp implementeres i en allmenpsykiatrisk døgnpost?
 - Hva tenker du om at noe forskning sier at man må bruke mye tid på relasjonsbygging og kartlegging før man kan begynne på endringsarbeidet?
 - Hvilke implikasjoner har dette for gjennomføring av KATp i allmenpsykiatrisk døgnpost?
 - Kasusformulering:
 - Hva er viktig å ha fokus på når det gjelder kasusformulering?
 - Hvem skal utforme kasusformulering?
 - Hva kan være utfordringen ved dette?
 - Hvordan bør kasusformulering kvalitetssikres?
 - Hvordan kan kasusformulering følge pasienten videre i behandlingsskjeden
 - Hvem av personalgruppa kan gjøre hva?
- Ifølge litteraturen ser vi at det er utfordringer i forhold til systematisk gjennomføring av KATp i døgnpost både i Norge og internasjonalt. Har du ut i fra din erfaring med KATp noen umiddelbare tanker om disse utfordringene og hvorfor det er sånn?
 - Kan du si noe om hvilke utfordringer du knytter til om pasienter gjennomfører KATp-behandlingen?
 - Kan du si noe om KATp ha direkte påvirkning for lengde på opphold? Eller skal terapien tilpasses estimert oppholdslengde i forhold til tradisjonell behandling?